

JOURNAL

DE MÉDECINE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE

MÉDECINE,

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER,** Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi ;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris ;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES.**

Première année. — 1843.

TOME PREMIER.

On s'abonne à Paris,

AU BUREAU DU JOURNAL, CHEZ PAUL DUPONT ET Cie, ÉDITEUR;

Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine du Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES**

Rédacteur en chef M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

JANVIER 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Lettre à M. Bretonneau sur la coqueluche.

Paris, 15 décembre 1842.

MON CHER MAITRE,

Déjà, quand j'ai eu le plaisir de passer quelques instants avec vous, je vous ai parlé de la coqueluche, comme je l'avais observée dans mon hôpital et dans ma clientèle. Ce que je vous en ai dit, vous le saviez déjà, vous nous l'aviez quelquefois indiqué dans les conférences de l'hôpital de Tours. Cependant il m'a semblé que quelques faits méritaient d'être placés sous un jour nouveau, et que vous n'entendriez pas sans intérêt l'histoire d'une petite épidémie qui m'a paru mériter votre attention sous certains points de vue.

La coqueluche régnait dans quelques quartiers de Paris : j'avais eu dans ma clientèle plusieurs enfants atteints de cette maladie, lorsque, dans les premiers jours de janvier 1841, je reçus à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, où il y a 11 berceaux, un enfant atteint de coqueluche.

Il s'était à peine écoulé quinze jours que déjà presque tous les autres enfants avaient la toux convulsive. Une autre salle occupe l'étage inférieur; elle contient 13 berceaux; pendant près d'un mois elle n'eut pas d'enfants atteints de coqueluche; mais bientôt un premier prit la maladie, et avant le milieu de février plus des deux tiers de mes petits malades subissaient l'influence épidémique. Il en était entré un très petit nombre avec la coqueluche. La plupart des enfants qui étaient amenés à l'hôpital avec une autre maladie ne tardaient pas à être attaqués; quelques uns pourtant résistèrent et traversèrent toute l'épidémie sans rien éprouver.

Vers la fin de février, le mal se calma, et à la fin de mars il n'y eut plus de nouveaux malades, bien que les berceaux se renouvelassent toujours et que les conditions pour la contagion fussent sensiblement les mêmes.

En septembre de la même année, il y eut encore une petite épidémie qui passa comme une raffale sur notre hôpital et qui s'éteignit en moins d'un mois. Elle fut remarquable par son extrême bénignité ; et puis, pendant plus d'une année nous eûmes presque toujours dans nos salles des enfants atteints de coqueluche, et cependant la maladie ne régna plus épidémiquement, bien que nulle précaution quarantenaire ne fût prise pour empêcher la propagation du mal.

Pendant l'épidémie, j'ai recueilli avec soin l'histoire de 17 enfants : un voyage assez long que j'ai fait en mars 1841 m'empêcha de suivre aussi bien les autres malades. J'ai en outre conservé l'histoire de 9 autres petits malades chez lesquels la coqueluche existait sporadiquement. Je ne parlerai donc que de 26 enfants atteints de coqueluche ; mais je m'arrêterai spécialement aux 17 malades compris dans ma petite épidémie. Je renverrai dans l'occasion à l'histoire des neuf autres, et à d'autres encore que j'ai observés dans ma pratique particulière.

Je n'ai pas, mon cher maître, la prétention de croire que quelques faits observés par un médecin, dans la même saison, dans le même pays, dans les mêmes salles d'un même hôpital, fassent loi en médecine, et que partout, sous peine d'être considérés comme de pauvres observateurs, les praticiens doivent ratifier par leurs recherches les résultats proclamés. Je sais combien, surtout pour les affections qui revêtent la forme épidémique, les formes pathologiques varient ; combien les allures d'une affection peuvent être modifiées; combien ce que l'on affirmait naguère d'une influence thérapeutique, s'applique peu aujourd'hui, lors même que les phénomènes morbides ne sont pas notablement changés.

Je me bornerai donc à raconter l'histoire de la petite épidémie de coqueluche qui a sévi sur nos deux salles d'enfants, au commencement de l'année 1841. J'en ferai le tableau très brièvement, puis j'indiquerai les circonstances capitales qui m'ont frappé pendant le cours de mes recherches. Je verrai en quoi ces circonstances diffèrent de celles qui sont signalées dans la plupart des ouvrages écrits sur la matière, et je tâcherai de tirer de ce même travail quelques inductions pratiques.

Avant d'entrer en matière, je veux, mon cher maître, vous indiquer les faits principaux sur lesquels je vais insister ; ce sera, en quelque sorte, l'ARGUMENT de cette lettre; mais il est bien entendu, entre nous, que cet argument ne s'applique qu'à l'épidémie que j'ai étudiée.

1° La coqueluche est précédée presque toujours par une toux qui n'a rien de spécial.

2° La toux initiale a quelquefois des caractères tout-à-fait spéciaux.

3° Quelquefois la coqueluche débute d'emblée et sans catarrhe initial.

4° La coqueluche atteint ordinairement le *summum* d'intensité peu de jours après le début de la toux convulsive.

5° La période d'état est fort courte ; la période de décours très longue.

6° La maladie dure de quelques jours à plusieurs mois.

7° Les enfants qui meurent succombent à des accidents thoraciques aigus ou chroniques, quelquefois à des maladies étrangères à l'appareil de la respiration.

8° Un état fébrile intercurrent, une phlegmasie plus ou moins grave, diminue toujours, suspend quelquefois, et guérit même la coqueluche.

9° La thérapeutique est presque impuissante.

10° La coqueluche peut attaquer une seconde fois le même individu.

Tout le monde a dit que la coqueluche était précédée par un catarrhe, ou plutôt on a voulu établir une première période dans la coqueluche, période que l'on a appelée *catarrhale*. Je trouve cela légitime : il est évident que le catarrhe initial t la règle, l'absence de catarrhe l'exception.

Sur nos 17 observations, il en est deux où nous avons oublié de noter ce qui est relatif au catarrhe ; mais comme l'absence de ce phénomène est fort rare, et que par cela même nous en aurions été frappés, il est probable qu'il nous avait été indiqué et que cela aura été omis pendant que nous dictions l'histoire de la maladie. Des 15 autres malades, 2 n'ont pas eu de catarrhe initial ; 2 ont commencé à avoir des quintes 24 heures après le début du catarrhe ; 4, 2 jours après ; 1, 3 jours ; 1, 5 jours ; 1, 6 jours ; 1, 7 jours ; 1, 15 jours ; 1, 17 jours ; 1, 30 jours.

D'où il suit que plus de la moitié de nos petits malades ont commencé à tousser en coqueluche avant deux jours révolus, et les quatre cinquièmes avant la fin du premier septenaire.

Dans notre épidémie la toux initiale a donc duré fort peu de temps, beaucoup moins de temps que ne l'ont vu les autres médecins dans les autres épidémies.

On est même en droit de douter que la toux initiale ait duré 16 et 30 jours par la raison suivante : c'est que, à tout prendre, les enfants qui sont restés longtemps malades avant de tousser en coqueluche, pouvaient être atteints d'un catarrhe simple qui n'a revêtu le caractère spécifique qu'un peu plus tard.

Mais ce catarrhe a-t-il eu quelque chose de spécial dans sa forme ?

La plupart des auteurs disent que, en général, la toux prend dès le début du catarrhe une forme particulière ; elle a une opiniâtreté, une vivacité insolites ; elle se prolonge en secousses répétées ; les yeux sont larmoyants, les paupières un peu gonflées.

Il y a dans cette description quelque chose de vrai ; mais je ne vois pas indiqués des caractères fort curieux sur lesquels je veux fixer l'attention des praticiens.

Il y a cinq ans, je fus mandé dans un hôtel garni de la rue de la Chaussée-d'Antin, pour y donner des soins à une jeune demoiselle de Bordeaux, âgée de 14 ans. Elle était, depuis la veille, atteinte d'un catarrhe aigu accompagné de fièvre. La toux avait un caractère que je n'avais encore jamais vu. Elle revenait, par une seule secousse sèche et bruyante, à peu près 40 ou 50 fois par minute. La pauvre enfant ne pouvait goûter un instant de sommeil ; à peine pouvait-elle boire. La toux dura avec cette incroyable opiniâtreté pendant 5 jours et 5 nuits ; rien ne la calma, ni les saignées, ni l'opium, ni la belladone, ni l'antimoine. Je commençais à concevoir de sérieuses inquiétudes, lorsque, le sixième jour, la fièvre tomba, et il y eut, entre les secousses de toux, quelques minutes d'intervalle; le lendemain, les intervalles furent beaucoup plus longs, et je m'aperçus que les secousses se groupaient, si je puis ainsi m'exprimer, en se précipitant ; le huitième jour on ne pouvait méconnaître la coqueluche.

Je n'avais plus vu de cas analogue à celui que je viens de rappeler, lorsque, dans le cours de notre petite épidémie, j'eus l'occasion d'en observer deux autres ; la toux avait exactement les caractères que je viens d'indiquer, et elle se répétait avec une telle fréquence que les enfants ne pouvaient téter : chez l'un elle dura 2 jours ; chez l'autre 3; puis la coqueluche se déclara.

Je veux encore signaler une forme de début bien extraordinaire, que je n'ai vu indiquée nulle part. Un de nos enfants, au milieu de l'épidémie, éprouva, plusieurs fois par jour, trois ou quatre petites inspirations successives ressemblant exactement au *sanglot inspirateur* de la coqueluche. L'expiration qui séparait chaque inspiration était silencieuse. Pendant quelques jours nous pûmes étudier cette forme bizarre ; puis quelques secousses de toux vinrent se mêler aux inspirations sonores que je viens d'indiquer, lesquelles étaient toujours les plus fréquentes ; enfin la coqueluche se montra avec ses formes ordinaires, et parcourut ses périodes comme à l'ordinaire.

Chez tous nos autres malades, à l'exception des trois que je viens de citer, le *catarrhe initial* n'eut rien qui le distinguât des autres catarrhes.

Cependant, il m'arrivait souvent d'annoncer aux élèves qui suivaient ma clinique,

qu'un enfant allait avoir la coqueluche, et cela se vérifiait le plus souvent. Il fallait donc que le catarrhe eût quelque chose de spécial. Je trouvais les éléments de cette sorte de devination dans certaines circonstances qui la rendaient beaucoup plus facile. La coqueluche régnait épidémiquement dans nos salles, et je n'avais pas, en vérité, grand mérite à annoncer une coqueluche, lorsque, tout à coup, un enfant, sans cause appréciable, se mettait à tousser avec beaucoup de vivacité. C'était si bien là le principal élément de mon diagnostic, que plus tard, quand la coqueluche ne régna plus que sporadiquement, il m'arriva souvent de me tromper en annonçant que le rhume dont je constatais aujourd'hui l'existence allait prendre dans peu de jours le caractère de la toux convulsive.

Je ne veux pas nier que, dans d'autres épidémies, le catarrhe initial ne puisse ou n'ait pu avoir presque toujours des caractères spéciaux ; ce que je veux dire seulement, c'est que dans celle de 1841 et dans les coqueluches sporadiques que j'ai observées soit dans mon hôpital, soit dans ma clientèle, depuis 3 années, ces caractères ont manqué dans le plus grand nombre des cas.

Il en est de même de la fièvre : elle est signalée, en général, comme un accident du début. Je ne l'ai trouvée que deux fois. Ceci pourtant demande explication. Dans le plus grand nombre des cas, les enfants prenaient, au début, une fièvre légère semblable à celle que l'on observe au commencement des rhumes ; mais, quand cette fièvre n'a pas été remarquable par une durée ou par une vivacité exceptionnelle, nous ne l'avons pas indiquée.

Dès que la toux avait pris le caractère de la coqueluche, la maladie arrivait rapidement à son *summum*, et j'entends ici par *summum* l'époque à laquelle les quintes étaient le plus nombreuses dans l'espace de 24 heures.

Cette époque arriva quatre fois le deuxième jour ; deux fois le troisième jour ; une fois le quatrième ; une fois le cinquième ; et n'alla pas plus loin que le dix-septième jour. Ainsi, la moitié de nos enfants arriva à l'apogée de la maladie au plus tard 5 jours après le début de la toux convulsive. Ce fait est digne d'attention, et semble singulier dans une maladie qui dure aussi longtemps que la coqueluche.

Il m'a semblé curieux de rechercher si le mal atteignait le *summum* d'autant plus vite que la toux initiale avait duré moins longtemps. L'analyse de nos observations m'a fait voir que lorsque la toux initiale avait duré de 0 à 3 jours, le *summum* d'intensité de la coqueluche arrivait, en moyenne, après 7 jours et demi, dans les limites de 24 heures à 17 jours ; lorsque la toux initiale avait duré de 5 à 30 jours , la maladie atteignait son *summum*, en moyenne, au bout de 6 jours, dans les limites extrêmes de 2 à 17 jours. De sorte que, s'il était permis de tirer une conclusion d'un si petit nombre de faits, il faudrait dire que la durée du catarrhe initial n'influe pas d'une manière très sensible sur l'époque à laquelle la coqueluche prend le plus d'intensité.

Quand la maladie avait atteint son *summum*, restait-elle stationnaire pendant quelques jours, pendant quelques semaines? Nous ne l'avons vue stationnaire qu'une fois ; dans tous les autres cas, dès le lendemain il y eut de l'amendement, et la décroissance fut presque immédiate et très notable, surtout quand le nombre des quintes était considérable.

Puis, quand le mal avait, pendant quelques jours, décru d'une manière très sensible, il devenait stationnaire, et pouvait ainsi se prolonger fort longtemps.

Il eût été bien utile sans doute de connaître la durée totale de la maladie ; mais, lorsque les enfants étaient tout-à-fait bien d'ailleurs et qu'ils n'avaient plus que quelques quintes très rares, les parents les emmenaient, et il nous devenait impossible de les suivre. D'autres, pendant le cours de la coqueluche, éprouvaient une maladie aiguë ou chronique qui les tuait, et ici encore nous ne pouvions juger de la durée de la maladie.

De nos 17 petits malades, 6 ont guéri à l'hôpital , 5 sont morts , 6 sont sortis non guéris.

Chez ceux qui ont guéri, la coqueluche a duré : 1 fois, 3 jours ; 2 fois, 11 jours ; 1 fois, 14 jours ; 1 fois, 19 jours ; 1 fois, 20 jours.

Des 5 qui sont morts, 2 ont succombé à la phthisie pulmonaire tuberculeuse compliquée de pneumonie, le trente-troisième et le trente-sixième jour de la maladie ; 2 à une pneumonie aiguë, le huitième et le dix-huitième jour ; et le cinquième à une gastro-entérite chronique, 28 jours après le début de la coqueluche.

Les 6 dont nous n'avons pu constater la guérison sont sortis 12, 18, 23, 27, 30 et 14 jours après le début de leur maladie, leur état amendé.

Cependant la rapidité de la période catarrhale semble ne pas être sans influence sur la durée de la maladie et sur la facilité de la curation. Ainsi, il résulte de nos relevés que la toux initiale a duré, en moyenne, 4 jours chez ceux dont la guérison a été la plus rapide, et 7 jours chez ceux qui sont restés longtemps malades ; de sorte que, si l'observation que j'ai faite dans l'épidémie de l'hôpital Necker se confirmait ultérieurement, on serait en droit d'espérer une guérison d'autant plus rapide que la période de catarrhe aurait été plus courte. J'ai dit qu'on serait en droi d'*espérer*, mais non pas d'affirmer ; car, bien que chez ceux qui ont guéri la *durée moyenne* du catarrhe initial n'ait été que de 4 jours, tandis qu'elle a été de 7 chez les autres, je dois dire que dans la première série, chez l'un de nos enfants, la toux initiale n'a duré que quelques heures, et 15 jours chez un autre ; et que, dans la deuxième série, la période catarrhale a manqué chez deux malades, et a duré 30 jours chez un autre ; exemples qui font voir combien il serait absurde de considérer les moyennes comme l'expression de la vérité, tandis qu'elles ne sont qu'une formule propre à indiquer un certain degré de probabilité.

Comment sont morts nos enfants atteints de coqueluche ?

Parmi les accidents qui tuent les petits malades, il en est qui réellement se lient à la coqueluche ; il en est d'autres qui semblent lui appartenir un peu moins immédiatement.

Les hémorrhagies, les pneumonies sont dans la première catégorie ; la phthisie pulmonaire, la cachexie, l'anasarque, les convulsions appartiennent à la seconde.

Dans notre épidémie, nous n'avons pas eu d'hémorrhagies menaçantes ; mais plus tard, quand la coqueluche régnait sporadiquement, nous avons eu un enfant qui, dans ses quintes, versait des *larmes sanglantes ;* un autre qui avait des saignements de nez si abondants que la vie nous parut un instant sérieusement compromise.

Ainsi que je le disais tout à l'heure, 2 ont succombé à une pneumonie aiguë simple, qui s'est déclarée, il est vrai, pendant la saison froide, puisque l'épidémie sévissait dans les mois de janvier et de février, mais sans que les enfants eussent été exposés au froid ; car j'eus soin de tenir toujours les salles à une très bonne température, et, à cet égard, j'ai été parfaitement secondé par l'administration des hôpitaux et par les religieuses hospitalières.

Deux autres ont été victimes d'une phthisie aiguë compliquée de pneumonie.

A vrai dire, mon cher maître, je suis aujourd'hui un peu de l'avis de Broussais ; je commence à croire ce qu'il a dit depuis longtemps, que les tubercules sont un produit d'inflammation spéciale, et que, chez des enfants prédisposés, la coqueluche a pu être la cause qui a fait germer dans les poumons de mauvaises semences ; à ce titre donc la phthisie se rangerait dans les accidents qui se lient directement à la toux convulsive.

Un peu plus tard, mon cher maître, et dans le cours de notre correspondance scientifique, je vous parlerai de la phthisie tuberculeuse des enfants dans ses rapports avec la pneumonie aiguë, et peut-être arriverez vous assez près de mon opinion.

Enfin, notre cinquième malade a succombé à une entérite chronique.

J'ai mis l'entérite au nombre des accidents qui se lient médiatement à la coque-

luche, et il me suffit de deux mots pour justifier cette opinion. Chez les enfants qui vomissent presque à chaque quinte de coqueluche, il faut redonner vingt fois par jour des aliments, sous peine de voir mourir de faim ces petits malheureux. Les digestions sont nécessairement incomplètes et troublées; la membrane muqueuse s'irrite, les indigestions en deviennent plus faciles encore; enfin, il s'établit une diarrhée qui bientôt devient colliquative, surtout chez les enfants qui ne sont pas nourris au sein.

Deux autres enfants atteints de pneumonie aiguë ont guéri.

Ainsi, sur 17 enfants frappés par la coqueluche dans notre petite épidémie, 6 ont eu une pneumonie compliquée de phthisie aiguë chez deux d'entre eux, 1 a eu une gastro-entérite mortelle.

Si maintenant je recherche les accidents qui ont accompagné nos coqueluches sporadiques et les causes de mort, je trouve, sur 9 malades, une pneumonie aiguë compliquée d'inflammation du cerveau et des méninges; une pneumonie chronique tuberculeuse avec méningite aiguë granuleuse. Un autre enfant atteint de pneumonie aiguë a guéri; un a eu un épistaxis qui a mis sa vie en danger; un a éprouvé une hémorrhagie par les yeux, je vous en ai déjà parlé; enfin, 4 n'ont eu aucun accident.

Résumant tous les cas de coqueluche dont nous avons recueilli l'histoire avec soin, je trouve sur 26 malades :

3 pneumonies aiguës lobulaires : 2 morts, 1 guéri.
2 pneumonies tuberculeuses : 2 morts.
1 pneumonie aiguë compliquée d'encéphalite et de méningite : 1 mort.
1 pneumonie tuberculeuse compliquée de méningite granuleuse : 1 mort.
1 hémorrhagie nasale très grave : 1 guéri.
1 entérite chronique : 1 mort.

En somme, un tiers de nos malades a éprouvé, par suite de la coqueluche, des accidents très graves; un quart a succombé.

Voilà, mon cher maître, des résultats désastreux, et si l'on devait conclure de la coqueluche de l'hôpital Necker à celle qui sévit dans les familles, on n'aborderait qu'en tremblant une maladie qui doit faire périr 1 enfant sur 4; mais, Dieu merci! il n'en est point ainsi. Depuis 17 ans que j'exerce la médecine, je n'ai perdu encore qu'un seul enfant atteint de coqueluche; encore était-il rachitique au point que, âgé de près de 4 ans, il n'avait pas encore essayé de marcher; quelques-uns pourtant de mes malades ont éprouvé ou des hémorrhagies, ou des convulsions, ou des pneumonies; mais leur bonne constitution, une bonne hygiène, et peut-être mes soins, ont triomphé, sans beaucoup de peine, d'accidents qui me laissaient peu de chances à l'hôpital. Les tubercules, vous l'avez vu, ont fait périr beaucoup de nos petits malades; je n'ai pas encore rencontré cette complication redoutable dans ma pratique particulière ?

Cet exemple était-il nécessaire pour faire voir combien est révoltante cette prétention des gens qui se disent *observateurs*, et qui, n'ayant vu les malades que dans les lieux où la charité publique recueille la misère, proclament comme règle et comme loi ce qu'ils ont aperçu dans l'horizon étroit que leur faible vue avait embrassé?

Il semble que la violence de la quinte puisse devenir cause de mort; l'effroyable congestion de la face, des poumons, du cerveau, serait en effet suffisante pour rendre raison d'accidents mortels; cependant je ne sais trop s'il existe des faits bien authentiques de mort pendant la période convulsive de la coqueluche, lorsque d'ailleurs l'enfant n'était pas affaibli par une maladie intercurrente. Une fois seulement nous avons vu mourir dans une quinte un petit enfant atteint de coqueluche; mais la maladie avait amené une pneumonie tuberculeuse; la fonte des tubercules était déjà fort avancée, et la faiblesse était extrême.

Du moment que je commençai à étudier la coqueluche dans mon hôpital, je fus frappé d'une chose, je veux parler de la fréquence plus grande des quintes pendant la nuit que pendant le jour. Le témoignage des mères était presque unanime sur ce point. Je résolus de m'en assurer plus positivement, et je fis remettre à chaque nourrice une carte et une épingle pour qu'elle pût indiquer, par une piqûre, le nombre des quintes qui survenaient de 6 heures du matin à 6 heures du soir, et celles qui avaient lieu de 6 heures du soir à 6 heures du matin. Je courais le risque de quelques inexactitudes, et je devais m'attendre à voir manquer bon nombre de piqûres pendant la nuit, ce qui devait arriver quand la mère, trop profondément endormie, n'était pas réveillée par la toux de son enfant. Malgré cette cause d'erreur, les quintes furent en général plus nombreuses la nuit que le jour, et cela dans une proportion quelquefois très considérable. Il n'en était pourtant pas toujours ainsi ; mais j'ai parlé de la règle, et non de l'exception.

J'arrive maintenant, mon cher maître, à des considérations d'un autre genre. Je vais tâcher d'apprécier l'influence de certains états, de certaines causes sur la maladie elle-même.

Quelle a été l'influence de l'âge, du sexe ?

Pour l'âge, nous voyons que la plus tendre enfance n'a pas été à l'abri de l'épidémie. 5 de nos enfants avaient moins de 2 mois ; 1, moins de 6 semaines ; 2 n'avaient qu'un mois. Mais nous devons faire observer que, d'après un si petit nombre d'enfants malades, il y aurait absurdité à vouloir établir une règle ; on pourra seulement conclure de ce que j'ai vu, que la plus extrême jeunesse ne met pas à l'abri de la coqueluche.

Il semblerait que le sexe exerce une influence. Déjà nous voyons noter par quelques médecins statisticiens la plus grande fréquence de la coqueluche chez les filles que chez les garçons. Cela peut encore s'observer chez nous, puisque, sur 17 malades, nous comptons 12 filles ; mais ce résultat ne signifie rien. En effet, il faut se rappeler que, dans l'espace de 13 jours, tous les enfants d'une de nos salles furent atteints ; or, s'il y eut plus de filles que de garçons, cela prouve tout simplement qu'il y avait dans la salle plus de filles que de garçons, et non que la coqueluche atteint plus facilement les premières que ceux-ci. Il en serait tout autrement si les enfants fussent arrivés malades à l'hôpital, comme cela, par exemple, se présente le plus souvent à l'Hôpital des Enfants de Paris, ou bien encore si la coqueluche eût régné sporadiquement dans nos salles. Or, cette dernière circonstance s'est présentée sur 9 enfants qui, dans le cours d'une année, ont eu la coqueluche ; 6 appartenaient au sexe féminin. 3 au sexe masculin. D'où il semblerait résulter que, chez nous, comme à l'Hôpital des Enfants, la maladie sévit plus souvent chez les filles que chez les garçons.

Sur les 5 morts il y avait 4 filles et 1 garçon ; ce qui fait 1/3 des filles malades, 1/5 des garçons seulement ; ce qui ferait croire, si toutefois il était permis de conclure d'un si petit nombre de faits, que la coqueluche est à la fois plus fréquente et plus meurtrière chez les filles que chez les garçons. La même chose s'observe pour nos coqueluches sporadiques : 3 garçons prennent la coqueluche, ils guérissent tous les trois ; 6 filles sont atteintes, 2 d'entre elles succombent.

J'appelle maintenant toute votre attention, mon cher maître, sur un fait capital qui certainement a dû frapper les praticiens, que vous avez vu cent fois, mais que l'on n'a pas assez nettement, assez explicitement formulé ; je veux parler de l'influence qu'un état fébrile quelconque exerce sur la coqueluche.

On dit, je le sais, que la fièvre d'invasion de la variole fait cesser la coqueluche ; mais dans les auteurs qui sont tous les jours entre nos mains et dans les traités spéciaux que j'ai lus, je ne vois pas formulée cette proposition capitale, savoir: *qu'un état fébrile intercurrent diminue toujours, suspend quelquefois complètement, ou guérit la coqueluche.*

Je n'ai pas eu besoin de compter pour constater ce fait important. J'eus à peine étudié avec attention et dicté l'observation de 4 enfants, que je fus frappé de cette vérité ; et, depuis ce moment, j'ai eu souvent occasion de m'en convaincre encore à l'hôpital, dans ma pratique particulière, dans des circonstances épidémiques, et lorsque la maladie ne régnait que sporadiquement.

J'étais trop de votre école, mon cher maître, pour croire que la coqueluche était un catarrhe simple, différant des autres catarrhes seulement par son intensité ; élève d'un homme qui croit aux phlegmasies spéciales des membranes muqueuses, comme à celles de la peau, j'avais de la tendance plutôt à exagérer qu'à infirmer un point de doctrine si fécond pour la pathologie et pour la thérapeutique, et chaque jour je m'efforçais de faire comprendre aux jeunes médecins qui suivaient ma clinique, combien peu la coqueluche ressemble à un rhume ordinaire. Un jour, un enfant pris de coqueluche très violente s'enrhuma fortement ; il eut de la fièvre, sa toux perdit le caractère quinteux, et, pendant quelques jours, conserva celui du catarrhe ordinaire ; ce m'était une belle occasion de montrer la phlogose accidentelle des bronches s'entant sur le catarrhe convulsif spécial, et l'étouffant pour ainsi dire, jusqu'à ce que, s'éteignant elle-même, elle laissât la coqueluche reprendre son empire et régner exclusivement. J'exploitai ce fait au profit de la spécificité, et je démontrai sans peine que, si la coqueluche eût été un simple catarrhe, elle se serait, non pas atténuée, mais au contraire aggravée sous l'influence d'une cause qui avait produit une bronchite.

Jusque-là je ne vis dans ce fait que la confirmation d'un point de doctrine si admirablement compris et développé par vous : il fallut quelques autres faits pour m'ouvrir les yeux. Un de mes petits enfants atteints de coqueluche contracta une pneumonie lobulaire aiguë ; la toux convulsive s'arrêta net au moment où la fièvre se développa. Ce ne pouvait être que l'exagération d'un catarrhe ; pourtant je me demandai si l'état fébrile, indépendamment du siége de la phlegmasie locale, n'était pas pour quelque chose dans la modification que subissait l'affection spasmodique. Je me souvenais de l'admirable aphorisme d'Hippocrate : *Febris spasmos solvit* ; et comme, dans la coqueluche, j'attribuais au spasme la part principale, je voyais, dans l'hypothèse que j'avais conçue, la vérification de l'idée que je m'étais faite de la coqueluche, et la confirmation d'une proposition d'Hippocrate que l'on méprise ou que l'on déprise aujourd'hui stupidement.

L'occasion ne tarda pas à s'offrir. Un enfant atteint de coqueluche prit la variole. Pendant la fièvre d'ébullition, bien qu'il n'eût pas de catarrhe, il cessa presque complètement de tousser convulsivement.

J'abrége. Lorsque la cause la plus minime, par exemple la vaccine, l'éruption d'une dent, provoquait de la fièvre, je voyais les quintes diminuer considérablement et quelquefois même cesser complètement ; de sorte qu'il devint pour moi de la dernière évidence que l'état fébrile, quelle qu'en fût la cause d'ailleurs, devait être considéré comme l'élément modificateur des spasmes de la coqueluche.

Exemples : Un enfant a 15 quintes en 24 heures ; il prend une pneumonie. Le lendemain, 6 quintes ; le deuxième jour, 0 ; le troisième jour, 0. La fièvre diminue ; 2 quintes. —Un petit garçon a 8 quintes de coqueluche ; on l'opère de l'hydrocèle par l'injection iodée : le lendemain, 2 quintes ; le surlendemain, 3 quintes ; le troisième jour où la fièvre est la plus vive, pas de quintes ; quatrième jour, 1 ; cinquième jour, 2 ; sixième jour, 3 ; septième jour, 7. Voyez-vous s'accroître le nombre des quintes à mesure que la fièvre décroît, en même temps que l'inflammation de la tunique vaginale ?

Un enfant a 9 quintes : il contracte un rhume, et en même temps une dent sort de l'alvéole ; pendant 3 jours qu'il y a seulement un peu de malaise fébrile, la coqueluche cesse totalement, pour reparaître dès que la dent est sortie de la gencive.

Un enfant prend une pneumonie ; il avait 20 quintes ; la toux convulsive cesse

complétement ; je donne un vomitif, la fièvre tombe ; le lendemain, 8 quintes.

Quelquefois une phlegmasie grave, accompagnée même d'une fièvre assez intense, n'arrête pas complétement la coqueluche, mais tout au moins elle la modifie. Un enfant a 30 quintes ; il prend une pneumonie ; les jours suivants les quintes diminuent dans la proportion suivante : 26, 21, 17, 14, 11.

Cependant je dois dire que, dans le cours d'une pneumonie et au milieu de notre petite épidémie, un jeune garçon de 10 mois fut pris d'une toux qui, au dire de l'infirmière, femme très expérimentée, avait tous les caractères de la coqueluche; l'enfant, il est vrai, eut un seul jour jusqu'à 6 quintes en 24 heures, et il succomba peu de jours après l'invasion de la maladie.

Voilà, mon cher maître, ce que je voyais dans l'épidémie de janvier et de février 1841 ; les mêmes faits s'offraient à mon observation, depuis cette époque, dans la coqueluche sporadique. Mais l'état fébrile n'était pas le seul qui pût enrayer la marche de la maladie; une maladie très grave, telle qu'une méningite, ou bien encore une diarrhée trop abondante, produisait quelquefois le même résultat. J'avais encore, la semaine dernière, un enfant de 18 mois qui a pris la coqueluche vers le 20 novembre ; il avait 6 quintes par jour; une diarrhée très vive s'est déclarée, la toux convulsive a totalement cessé, et a été remplacée par une toux catarrhale simple.

Ce dernier fait, mon cher maître, doit vous frapper : ici la maladie accidentelle est légère, le résultat curatif est immense. Il semble donc, pour faire une application thérapeutique, que, dans un certain nombre de cas, on pourrait avec avantage, pour des enfants atteints de coqueluche, provoquer un flux, ou même une phlegmasie légère, capable de causer un état fébrile.

Remarquez, en effet, que la maladie intercurrente, si elle diminue ou même si elle fait cesser temporairement la toux convulsive, a une influence ultérieure, et qu'elle peut encore la guérir, en ce sens que, l'affection fébrile cessant, la coqueluche ne reparaît plus, ou du moins qu'elle ne se réveille qu'avec beaucoup de bénignité.

C'est là, mon cher maître, un fait capital dans l'histoire de la coqueluche, puisque les maladies intercurrentes, si elles font courir quelques risques au malade, peuvent, par une heureuse compensation, atténuer les accidents de la maladie principale.

Il me suffira de mettre sous vos yeux quelques observations pour mieux vous faire apprécier l'heureuse influence que la maladie intercurrente exerce sur la toux convulsive.

J'ai dans ce moment-ci à l'hôpital une petite fille de 18 mois, qui a contracté la coqueluche ; déjà elle avait 6 fortes quintes en 24 heures, lorsque survint une entérite très vive. Immédiatement la toux convulsive cessa, et fut remplacée par un simple catarrhe. L'entérite fut combattue et guérie, et néanmoins les quintes ne reparurent plus ; or, la coqueluche n'a duré que 3 jours.

Voyons maintenant, dans notre épidémie, les faits analogues à celui-ci, qui se sont présentés à notre observation.

Une petite fille de 3 mois est atteinte de coqueluche : elle a 15 quintes en 24 heures ; elle prend une pneumonie ; le lendemain, 6 quintes ; les jours suivants, 0, 0; la fièvre cesse, 2 quintes ; les jours suivants, 0, 0.

Fille, âgée de 1 mois, 20 quintes ; pneumonie, cessation totale des quintes ; cessation de la fièvre, 8 quintes ; 4 jours plus tard, 2 quintes ; le lendemain cessation définitive.

C'est là la règle, qui souffre pourtant d'assez nombreuses exceptions. Ainsi, chez le petit enfant opéré d'une hydrocèle, vous voyez la coqueluche décroître et cesser, même sous l'influence de la fièvre, pour reparaître un peu plus tard avec la même vivacité qu'auparavant. La même chose s'observe dans un autre cas dont j'ai parlé plus haut ; les quintes de coqueluche disparaissent momentané-

ment sous l'influence de la fièvre symptomatique de l'éruption d'une dent, elles reprennent après la sortie de la dent presque avec autant de violence qu'auparavant.

Il semblerait donc que, si l'affection intercurrente est assez sévère pour jeter dans l'économie une grande perturbation, elle peut, en quelque sorte, déraciner la coqueluche, et que, si elle est légère, elle suspend seulement la toux convulsive, sans la détruire complètement.

Ce que je viens de dire, mon cher maître, nous servira tout à l'heure quand j'aborderai la question thérapeutique.

Mais, avant d'arriver à la question thérapeutique, il me paraît nécessaire de savoir quelle est la durée de la maladie.

Il est peu de maladies dont la durée soit aussi variable que celle de la coqueluche; elle peut être de quelques jours ou de plusieurs mois. J'ai vu à l'hôpital une petite fille rester malade seulement pendant 3 jours; mon propre fils a gardé la coqueluche 7 mois. La maladie peut se prolonger encore bien davantage. J'ai dit plus haut, page 5, quelle avait été la durée de la maladie dans le cours de notre petite épidémie, et l'on a vu que les limites extrêmes ont été assez éloignées l'une de l'autre. J'ai essayé de faire voir quelle était la valeur des signes pronostiques que l'on pouvait tirer de la rapidité de la marche de la maladie dans son début, et de la violence de la coqueluche lorsqu'elle est arrivée à son summum; en vous reportant à ce que je vous ai dit plus haut, vous verrez aisément quelles conclusions j'en ai déjà tirées relativement à la durée de la maladie, et l'on comprend quelle importance cela peut avoir pour la thérapeutique.

Puisque nous en sommes sur ce chapitre, je veux, mon cher maître, vous donner une idée de l'extrême difficulté que l'on éprouve à juger les questions thérapeutiques, surtout pour ce qui concerne la toux convulsive.

Je suis en bons termes avec quelques homœopathes qui, nonobstant leur homœopathie, sont gens de bon sens et de bonne foi. Un d'eux avait guéri en moins d'un mois une jeune demoiselle de ma clientèle, dont le frère, traité par moi, était resté fort longtemps malade. J'aurais eu mauvaise grace de m'en plaindre; et, comme il m'affirmait avec aplomb que, pour les homœopathes, la coqueluche était une bagatelle, et que, en moins d'un mois, il menait toujours à bonne fin cette opiniâtre maladie, je le suppliai très sincèrement de venir dans mon hôpital traiter mes enfants ; il s'y refusa sous différents prétextes, et, un peu plus tard, je compris les motifs de sa répugnance, car il fut appelé peu de temps après à traiter deux jeunes enfants dans une maison où j'étais lié par des rapports d'amitié; et cette fois la coqueluche dura 4 mois chez la petite fille, et un peu plus de 5 mois chez le garçon. Cette expérience me suffisait.

Cependant, ainsi que je vous l'ai dit, une épidémie nouvelle se montra dans nos salles en septembre 1841. A cette époque, un médecin qui suivait ma visite me parla d'un sirop merveilleux qui guérissait les coqueluches en une semaine, et qui ne causait aucun trouble nerveux appréciable. Il m'en apporta plusieurs flacons, et nous commençâmes une série d'expériences. Les premiers essais furent heureux, car les deux premiers malades furent guéris, l'un en 7 jours, l'autre en 10 jours. Les élèves qui suivaient ma visite étaient presque convaincus; j'étais ébranlé. Je voulus savoir jusqu'à quel point le hasard avait servi le médecin au sirop. Trois autres enfants, atteints peu de jours après, furent laissés sans traitement, et la coqueluche, chez deux d'entre eux, se passa encore plus vite que chez les deux autres; le troisième sembla devoir être plus malade; le sirop fut administré, mais sans succès.

C'est que l'épidémie de septembre avait une extrême bénignité, tandis que celle de janvier avait eu une forme beaucoup plus grave; et si j'eusse voulu, en septembre, me prévaloir des rapides succès que j'avais obtenus pour vanter une médica-

tion, à quelles erreurs n'aurais-je pas été conduit, et combien j'aurais eu plus tard à regretter le trop de confiance accordée par moi à des remèdes inutiles !

Ici, mon cher maître, je pus apprécier, mieux que jamais. la sagesse de ce précepte de Sydenham, qui recommande au médecin l'étude attentive du génie épidémique, lequel a tant d'influence sur l'issue des médications : *ut, quâ methodo, currente anno, ægrotos liberaveris; eâdem ipsâ, anno jam vertente, forsan è medio tolles.*

Certes, j'aurais pu, dans l'épidémie du mois de septembre, donner à mes enfants les remèdes les plus pernicieux, sans parvenir à rendre grave leur maladie, tandis que les mêmes moyens mis en usage pendant l'épidémie des mois de janvier et de février eussent sans doute rendu la mortalité plus grande encore qu'elle n'a été.

Ainsi, l'extrême différence de la durée et de la gravité de la maladie, dans des épidémies différentes, et même dans la même épidémie, rend très difficile le jugement que l'on peut porter sur les médications que l'on oppose à la coqueluche ; et cette difficulté devient insurmontable si l'on ne connaît pas parfaitement l'influence des maladies intercurrentes, influence que j'ai essayé d'apprécier avec d'autant plus de soin, que je comprenais mieux l'importance pratique de ce grand fait pathologique.

Ce que je viens de dire, mon cher maître, vous fait assez pressentir que, d'après 17 faits étudiés et analysés avec soin, je n'essaierai pas de tracer l'histoire du traitement de notre épidémie ; ce serait une prétention au moins ridicule. Ce que je puis dire, c'est que la thérapeutique m'a semblé en général peu puissante.

J'ai surtout usé des vomitifs et des calmants. L'ipécacuanha en poudre à la dose de 40 à 50 centigrammes suspendu dans du sirop et administré en trois ou quatre fois, de 10 en 10 minutes, a été le vomitif que j'ai employé de préférence. Quelquefois je donnais l'émétique à la dose de 5 centigrammes, dissous dans 100 grammes d'eau distillée sucrée ; l'enfant prenait cette potion de 10 en 10 minutes, par cuillerées à café, jusqu'à ce qu'il eût vomi 4 ou 5 fois.

Chez 9 malades, l'ipécacuanha est administré sans que, avant et après son emploi, il survienne des complications qui puissent modifier son action.

1 fois la coqueluche a semblé s'aggraver un peu sous l'influence des vomitifs.

3 fois elle est restée stationnaire.

1 fois l'effet a été incertain.

4 fois elle a été très rapidement et très notablement améliorée.

La seule fois que les vomitifs aient aggravé la coqueluche, ç'a été d'une manière peu sensible d'ailleurs. Vous pouvez en juger.

1er vomitif, 16 quintes en 24 heures, et les jours suivants, 15, 6, 5, 9 quintes.—2e vomitif, 9 quintes, les jours suivants, 10, 13, 24 quintes.—3e vomitif, 24 quintes; les jours suivants 20, 21, 19.—4e vomitif, 19, 23, 14, 13.

Mais quand le vomitif fut utile, l'amélioration fut bien évidente.

1er cas, 50 quintes, vomitif; le surlendemain, 23. —2e cas, 17 quintes, vomitif; le jour suivant 7 quintes. — 2e vomitif, les jours suivants, 0, 0, 0, 0. — 3e cas, 11 quintes, vomitif; 5 quintes. — 2e vomitif, les jours suivants, 0, 0, 0, 0.—4e cas, 12 quintes, vomitif, 15 quintes. — 2e vomitif, les jours suivants, 6, 6, 1, 1, 0, 0, 0.

Ici on ne peut contester l'influence heureuse de la médication. Toutefois, il faut à cet égard faire une attention très sévère, et ce que j'ai dit plus haut vous l'a fait déjà pressentir. En effet, si un enfant auquel vous administrez un médicament se trouve pris de fièvre le jour même, sous l'influence de la fluxion dentaire, d'un catarrhe aigu, d'une pneumonie lobulaire, d'une gastro-entérite, la diminution, la cessation totale des quintes de coqueluche subordonnée à l'affection intercurrente sera attribuée à tort à l'action du remède. Aussi la constatation de l'état fébrile est-elle capitale dans l'histoire thérapeutique de la coqueluche.

Vous savez, mon cher maître, que tout en méprisant très profondément et très

consciencieusement les explications thérapeutiques, je n'en ai pas moins le désir d'expliquer. Cette maladie de l'esprit m'a fait me demander si les vomitifs, par cela même qu'ils causaient une perturbation profonde caractérisée par une dépression considérable des forces, suivie d'une expansion en quelque sorte fébrile, n'agissaient pas ici dans le même sens que les mouvements de fièvre que nous voyons si souvent faire cesser temporairement les quintes convulsives. J'ai pensé aussi que les phlegmasies aiguës et si douloureuses que l'on détermine du côté de la peau à l'aide de larges vésicatoires, et surtout de la pommade stibiée, pouvaient bien agir dans le même sens que les *gourmes* inflammatoires, qui, si souvent, font cesser momentanément la coqueluche.

D'un autre côté, lorsque l'on voit un flux diarrhéique très abondant et des vomissements spontanés modifier la maladie, ne peut-on pas croire que les vomitifs agissent ici dans le même sens que les accidents dont je viens de parler ?

Comme vous le pensez bien, mon cher maître, je n'ai pas été sans essayer les anti-spasmodiques et les stupéfiants.

Ces agents thérapeutiques m'ont paru peu utiles, et dans les coqueluches bénignes j'y ai presque complètement renoncé. Evidemment, à l'aide de la belladone, de la valériane, de l'opium, je rendais les quintes moins fréquentes ; mais au bout de peu de jours, si je venais à cesser l'usage du médicament, les quintes reparaissaient comme si je n'eusse rien fait. Ce que je dis là, je ne l'applique qu'aux faits que j'ai observés, et nullement à ceux que plus tard j'aurai occasion de voir, ou que d'autres médecins ont constatés.

Mais quand la coqueluche est très violente, et que la vivacité et la fréquence des quintes causent des vomissements continus, de l'insomnie et les accidents qui en sont la conséquence, je n'hésite pas à donner les stupéfiants et à en continuer l'emploi pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, jusqu'à ce que la coqueluche, ayant dépassé l'époque de sa plus grande intensité, soit désormais assez bénigne pour qu'il n'y ait plus à craindre d'accidents dépendant de la fréquence extrême des secousses de toux.

Ainsi les stupéfiants étaient administrés par moi, et le sont tous les jours comme moyen dilatoire plutôt que comme moyen curatif. Ils me permettent d'attendre l'époque où la maladie a subi graduellement l'atténuation qui lui est naturelle.

Somme toute, mon cher maître, et cela est peu consolant à dire, dans la coqueluche simple et exempte de complications, la thérapeutique m'a semblé le plus souvent insuffisante.

Je n'ai plus que deux mots à vous dire, mon cher maître; ils sont relatifs à la récidive de la coqueluche.

Dans notre première épidémie, un enfant a eu une récidive. Il entra à l'hôpital Necker dans le courant de février, et il en sortit parfaitement guéri. La maladie n'avait duré que 15 jours, et n'avait pas été fort sévère. De retour dans sa famille, il resta parfaitement bien portant pendant près de 3 mois. Alors la coqueluche reprit avec une grande violence ; l'enfant fut ramené à l'hôpital, et, pendant 3 mois, la maladie se montra avec une grande véhémence.

Dans la seconde épidémie de septembre, une femme entra à l'hôpital avec son enfant qui était atteint de rachitis. L'enfant prit bientôt la coqueluche et la garda pendant un mois ; il se guérissait, lorsque son petit frère, âgé seulement de quelques mois, contracta lui-même la coqueluche, qu'il garda près de 3 semaines. Tous deux étaient guéris lorsque la mère quitta l'hôpital et les ramena chez elle.

Au commencement de l'année 1842, c'est-à-dire plus de deux mois après la guérison complète de la toux convulsive, les deux enfants furent repris de la maladie et reconduits à l'hôpital : ils y eurent une coqueluche tout aussi sévère que la première fois.

Étaient-ce là de véritables récidives, ou tout simplement des rechutes ? C'est

une question que je n'oserai trancher. A quelle époque est-il permis de considérer la coqueluche comme définitivement guérie? A quelle époque peut-on dire que la maladie que l'on observe est une seconde attaque? Je n'essaierai pas de résoudre ces difficultés : à vous, mon cher maître, à d'autres plus habiles que moi, je laisserai cette tâche qui me semble assez difficile.

A. Trousseau,
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris.

Quelques idées sur la thérapeutique *généralement adoptée aujourd'hui pour les maladies de la peau ; nécessité de modifier les principes qui la dirigent.—Par* M. Devergie, *Médecin de l'hôpital Saint-Louis.*

Si la thérapeutique des maladies de la peau est encore considérée par la généralité des médecins comme fort en arrière de celle des autres maladies, cette opinion tient bien plutôt à l'ignorance dans laquelle on est du caractère, de la forme, de la marche et de la terminaison des affections cutanées, qu'à une lacune réelle dans cette branche de l'art de guérir.

De tout temps l'étude des maladies de la peau a été négligée, la création de leur enseignement est de date toute récente. Leur traitement a été dévolu à quelques médecins particulièrement chargés de malades que leur aspect plus ou moins hideux, l'idée d'une transmission par les contacts journaliers de la vie sociale, faisaient repousser des asiles consacrés au traitement des autres maladies, et qui plus tard ont été admis dans des hôpitaux particuliers. Ainsi dès l'abord la spécialité des affections cutanées a été créée par la force même des choses, et cette circonstance est venue s'ajouter encore aux causes nombreuses qui tendaient à rétrécir le cercle des connaissances dermatologiques.

Quelques essais heureux de thérapeutique entrepris par les médecins qui s'occupaient du traitement des dartres, ont bientôt donné à certains médicaments une valeur beaucoup plus grande que ne leur avaient faite ceux-là même qui les avaient préconisés. Ces médicaments sont devenus une panacée universelle; ils ont acquis cette faveur avec d'autant plus de facilité, que l'on fut heureux d'avoir un traitement en quelque sorte banal, pour des maladies que l'on ne connaissait pas.

Ainsi, d'une part, il n'y avait pas de source d'instruction, et, d'une autre, on croyait connaître le remède à des maux sur lesquels on ne possédait aucune donnée positive.

Il faut cependant le dire, ce n'est guère que vers la fin du siècle dernier que la dermatologie est sortie du chaos dans lequel son étude était plongée. Diverses classifications proposées par de bons observateurs ont rapproché entre elles les formes analogues de ces affections ; et les bases sur lesquelles ces classifications ont été assises n'ont pas peu contribué à nous éclairer, soit sous le rapport du diagnostic, soit sous le rapport du traitement de ces maladies. L'influence d'une bonne classification est immense, parce qu'elle n'est bonne qu'autant qu'elle rattache tous les faits à un point de départ unique; or, on n'a trouvé ce point de départ que lorsqu'on a bien connu les éléments qu'il groupe autour de lui. Ce n'est pas qu'en dermatologie nous soyons tout-à-fait arrivés à ce résultat, mais des essais plus ou moins heureux et plus ou moins complets ont été tentés, et ils ont déjà porté leurs fruits.

Nous nous proposons de démontrer deux choses dans cet article : 1° Que la thérapeutique des maladies cutanées ne doit pas différer de la thérapeutique des autres maladies; car les affections cutanées, à certaines productions près qui sont dépendantes de l'organisation de la peau, procèdent toujours de la même manière;

2° Que la thérapeutique des maladies de la peau est tout-à-fait inconnue de la plupart des médecins, et qu'il y a lieu de les rappeler à des doctrines plus saines, en leur faisant abandonner les illusions mensongères qu'ils se sont créées à l'égard de l'emploi exclusif de telle ou telle médication.

Afin de justifier notre première proposition, il nous faut envisager d'une manière générale les maladies de la peau, et les considérer surtout sous le rapport de leur nature intime ; rechercher si dans leur invasion, leur marche, leurs apparences extérieures, leur terminaison, elles offrent des différences tranchées avec les maladies des autres tissus de l'économie ; et si nous arrivons à prouver qu'il y a identité sous tous ces rapports, que les différences de formes ne tiennent qu'à la différence de l'organisation des tissus, nous aurons résolu la question dans le sens de notre proposition, et démontré par cela même la nécessité de leur appliquer la même thérapeutique.

On peut, suivant nous, diviser les maladies cutanées, généralement connues sous le nom de dartres, en deux grandes classes : les unes sécrètent, les autres ne sécrètent pas. Dans la première catégorie se rangent les eczéma simplex, rubrum, impetiginodes, lichénoïde ; les herpès zona, phlycténoïde, circiné; le pemphigus ; la gale, l'impetigo, l'ecthyma, l'acné, les sycosis tuberculeux et la variété que nous avons appelée pustuleuse ; l'ecthyma simplex et cachecticum, le rupia, le lichen agrius. Dans la seconde se trouvent, le lichen simplex, le prurigo, le purpura, le strophulus, la couperose erythématoïde et tuberculeuse, le psoriasis et ses variétés, le lepra vulgaris, l'icthyose blanche et brune, les pityriasis versicolor et nigra, le favus. Toutes ces maladies, quelle qu'en soit l'espèce, peuvent suivre dans leur développement une marche aiguë ou une marche chronique, si l'on en excepte quatre ou cinq d'entre elles qui se développent toujours d'une manière chronique : telles sont le pityriasis nigra, l'icthyose brune, la couperose, dont les progrès sont toujours excessivement lents.

La presque totalité peut se montrer avec la forme inflammatoire la plus dessinée, et le plus grand nombre présente les produits ordinaires des sécrétions inflammatoires, c'est-à-dire l'hypersécrétion de l'organe enflammé, la sécrétion d'un liquide aqueux ou séreux, la sécrétion purulente.

Durant le cours de l'affection, ainsi que cela s'observe pour toutes les membranes enflammées, la sécrétion normale change de nature ; ainsi, tandis que la sueur est acide à l'état normal, elle devient alcaline à l'état morbide, ainsi que nous l'avons démontré.

La maladie est-elle abandonnée à elle-même, elle parcourt ses phases avec une certaine régularité, si on soustrait la peau malade à toutes les influences qui peuvent l'irriter. Emploie-t on, pour la combattre, des topiques irritants ; non seulement on augmente l'intensité de l'affection, mais encore on la fait envahir une partie plus profonde de la peau, et elle change alors de caractère en raison des organes nouveaux qu'elle vient atteindre.

Enfin, si nous étions plus avancés que nous ne le sommes sur la structure de la peau, comme aussi sur celle des membranes muqueuses qui ont avec elle le plus d'analogie, nous verrions s'établir, à n'en pas douter, une corrélation très-marquée entre les diverses sortes de phlegmasies cutanées désignées sous le nom de dartres, et les formes presque aussi variées des phlegmasies des membranes muqueuses.

Ainsi, état inflammatoire très prononcé dans presque toutes les maladies cutanées désignées sous le nom de dartres ; forme aiguë et forme chronique de ces affections ; produits morbides ne différant des produits inflammatoires des affections des autres tissus que par la nature même des éléments divers qui composent la peau et qui ne sont pas semblables ; mêmes modes possibles de terminaison de la maladie.

Voilà donc des analogies à établir entre les maladies cutanées et les maladies

des autres tissus de l'économie, et je compte dix-huit affections cutanées qui sont dans ce cas, parmi celles dont j'ai fait plus haut l'énumération. Hâtons-nous de dire qu'il ne s'agit ici que des apparences morbides, et non de la cause prochaine de l'affection.

Maintenant, que l'inflammation soit avec production de bulles, de vésicules, de pustules, de papules, etc., ce sera toujours l'état inflammatoire affectant tel ou tel élément de la peau qui siége à telle ou telle profondeur.

De ce premier point établi, il ressort la conséquence que les maladies cutanées présentent la plus grande analogie, au moins sous le rapport de la forme extérieure, avec les maladies des autres tissus, et par conséquent qu'il y a lieu de les traiter de la même manière.

Qu'on ne croie pas cependant que nous déduisions de ce fait la nécessité d'appliquer uniquement le traitement anti-phlogistique, et rien que le traitement anti-phlogistique, aux affections dartreuses ; nous aborderons plus tard cette question.

Les maladies de la peau comme les maladies des autres organes proviennent de causes externes ou de causes internes ; c'est une idée trop généralement accréditée que celle qui les fait rattacher toujours à certaines conditions morbides de la totalité de l'économie, et cette idée conduit souvent le praticien à employer les remèdes internes connus sous le nom de dépuratifs, quelles que soient du reste l'espèce et la forme de l'affection morbide cutanée qui se présente. Ces amers, ces sirops plus ou moins irritants, fatiguent l'estomac, dérangent la digestion, constituent la membrane muqueuse digestive dans un état anormal qui, loin de favoriser la guérison de l'affection cutanée, ne sert qu'à lui faire faire des progrès plus rapides.

Un épicier, un maçon, un chapelier, contractent sous l'influence de leur profession un eczéma simple, lichénoïde ou impétigineux des mains ; on leur donnera des amers, comme on le ferait à un scrofuleux chez lequel ces mêmes dartres se seraient développées sans cause externe connue. Un malade se présente au médecin avec un intertrigo des aisselles ou des cuisses, ou bien avec un herpès circinatus, maladies qui proviennent le plus souvent du défaut des soins de propreté chez un individu qui transpire facilement ; on le mettra encore à l'usage des dépuratifs. Nous pourrions facilement multiplier ces exemples.

Les dartres sont le plus souvent liées, il est vrai à un état général de l'économie; mais cet état général n'est pas toujours le même, on n'en connaît pas la nature variée, et cependant on lui approprie le même traitement. Quoi de plus fréquent que de voir des eczéma chroniques de la peau se rattacher à une irritation gastro-intestinale, ou à une gastralgie, ou à une entéralgie? Les dépuratifs et les sulfureux conviendront-ils donc dans ces sortes de cas ?

Deux individus sont affectés de la même maladie ; l'un d'eux est d'un tempérament lymphatique, l'autre d'un tempérament bilieux; n'est-il pas erroné de prescrire à tous deux la même médication à l'intérieur? Ne traite-t-on pas différemment les diverses variétés de pneumonies, de fièvres typhoïdes, de rhumatismes, etc., en raison du tempérament, de la constitution, de l'idiosyncrasie du sujet ? Pourquoi en serait-il autrement d'une dartre ? Et ce que je dis ici des remèdes internes peut aussi s'appliquer aux remèdes externes. La dartre du sujet lymphatique supportera les résolutifs et les modificateurs de tous genres sans s'exaspérer, souvent même elle en recevra d'heureuses influences ; celle du sujet sanguin ou bilieux va passer incontinent à l'état aigu lorsque les émollients et les évacuants seuls pourraient la guérir.

Mais, dira-t-on, quoi de plus rebelle aux traitements qu'une affection dartreuse, et encore à peine est-elle guérie qu'elle se reproduit peu de temps après ? Elle tient donc à quelque vice du sang et des humeurs que nous ne pouvons saisir; il faut donc avant tout chercher à combattre cette cause incessante du mal, modi-

tier l'économie en général pour arriver à la guérison certaine de l'affection cutanée. Si ce raisonnement est juste dans beaucoup de cas, il est complètement faux dans d'autres; et d'abord on ne tient pas assez compte, dans la ténacité des dartres et dans leur récidive, des influences que les agents extérieurs exercent sur la peau. Exposez à l'air une membrane muqueuse qui n'a pas habituellement son contact, et elle s'enflammera; or la peau enflammée ou dartreuse est souvent dans ce cas. Si l'air était toujours le même, il n'exercerait pas d'influence sur la peau malade; mais les variations continuelles de température, de sécheresse et d'humidité en font un milieu toujours modificateur de la surface cutanée, malgré son contact habituel. Cela est si vrai que bon nombre de dartres disparaissent aux approches du printemps ou de l'hiver. Dans nos salles où les affections cutanées sont en nombre considérable, nous voyons le passage d'une atmosphère humide à une atmosphère sèche exercer une influence très grande sur certaines catégories de malades, *et vice versà*. Des affections qui étaient restées stationnaires et presque rebelles aux traitements font tout-à-coup des progrès rapides vers la guérison, ou sont en retour vers le mal dans des conditions opposées.

On ne tient pas compte de l'influence des mouvements de la peau sur les progrès des dartres; une partie enflammée est sans cesse déplacée; les plissements cutanés modifient la circulation dans le tissu de la peau malade; des frottements incessants ont lieu; et toutes ces circonstances, si bien détruites à l'égard de la plupart des maladies des autres organes, ne peuvent être anéanties pendant le traitement des affections dartreuses. Une bronchite laryngée chronique se guérira quelquefois en recommandant au malade le silence le plus absolu; une entérite chronique, en introduisant dans le tube intestinal toujours le même aliment, et l'aliment de facile digestion; une bronchite aiguë prendra de l'activité sous l'influence d'une toux incessante: donnez un peu d'opium qui ne fera rien pour l'inflammation locale, et cependant l'inflammation va tomber, parce que la toux spasmodique a été détruite.

Reconnaissons donc que la peau est de tous les tissus de l'économie celui qui est placé dans les conditions les moins favorables au traitement de ces affections, et ne soyons pas surpris qu'en général la durée des dartres soit grande, eu égard à celle des maladies des autres organes, lorsque le médecin a d'une part à lutter contre les influences irritantes qui agissent incessamment sur elles, et d'une autre part contre les coïncidences de ces affections cutanées, soit avec une maladie d'un des organes internes de l'économie, soit avec un état morbide général.

Concluons de ces aperçus généraux auxquels nous aurions pu donner plus de développement, qu'il y a beaucoup plus d'analogie qu'on ne le croit entre les maladies de la peau et les autres maladies de l'économie, et qu'il y a lieu de leur appliquer en thérapeutique les principes qui dirigent le médecin dans le traitement des maladies en général. Abordons maintenant la seconde proposition que nous avons avancée.

Toutes les fois qu'un malade affecté de dartres vient réclamer les lumières du médecin, celui-ci a le plus ordinairement recours à une méthode perturbatrice. A l'extérieur des pommades le plus souvent soufrées, les bains sulfureux; à l'intérieur le soufre, les amers et les sirops dépuratifs. Il faut qu'on sache qu'à l'hôpital Saint-Louis, exclusivement destiné au traitement de toutes les affections dartreuses, le soufre et ses préparations sont peu employés, si ce n'est pour la thérapeutique de la gale; car, dans ce cas, le traitement externe, prescrit et donné gratuitement à l'hôpital pour les malades qui se soignent chez eux, ne se compose que de frictions sulfureuses, et de bains ou de fumigations sulfureuses. Non pas que je prétende que le soufre ne soit jamais mis en usage, soit comme modificateur de l'économie, soit comme résolutif à l'extérieur, mais en général on en fait un usage fort restreint. Pour moi, je trouve peu d'occasions de le prescrire,

parce que je n'en ai obtenu de bons effets que dans des circonstances assez peu communes ; en un mot, c'est, avec la teinture de cantharides, les préparations antimoniales et arsenicales, un agent thérapeutique que l'on n'administre pas dans la généralité des cas.

En débutant dans le traitement des maladies de la peau par ces moyens, on augmente généralement les affections dartreuses, on les fait passer à l'état chronique, et on rend leur guérison plus difficile.

Or nous avons démontré, 1° que les dartres, à leur invasion surtout, présentaient en général la forme inflammatoire ; 2° qu'elles étaient souvent liées avec une lésion d'un organe interne et notamment du canal digestif ; 3° qu'elles suivaient une marche différente, suivant le tempérament du sujet. Il faut donc avoir égard à ces circonstances dans l'application de leur traitement. Ainsi, la forme aiguë est-elle manifeste, administrez les émollients en boissons, en applications locales et en bains ; diminuez les aliments ; choisissez-les appropriés au traitement anti-phlogistique que vous prescrivez ; ayez même recours à quelques émissions sanguines, lorsque la force du sujet et l'étendue de la maladie vous paraîtront en nécessiter l'emploi.

Lorsque l'état aigu sera tombé, que la pâleur de la peau vous indiquera une diminution très notable de la phlegmasie dartreuse, alors adressez-vous aux résolutifs, non pas au soufre tout d'abord, mais au tannin, à l'oxide de zinc, au carbonate de plomb, au mercure doux, à l'extrait de Saturne, etc. Avez-vous affaire, au contraire, à une maladie passée à l'état chronique, recherchez avec soin quelle est le tempérament du malade, sa constitution. Explorez tous les organes de l'économie afin de constater leur état. Prescrivez un traitement général en raison des conditions dans lesquelles le malade est placé ; et quant à la dartre en elle-même, abordez-la avec tel modificateur ou résolutif que vous jugerez convenable ; que la nature des bains coïncide avec le traitement général et local. C'est dans ces circonstances que les sulfureux, si accrédités dans l'opinion publique, peuvent devenir utiles. C'est dans ces cas que les caustiques, tels que le nitrate d'argent, l'iode, le nitrate de mercure, le chlorure de zinc, etc., peuvent être mis en usage ; que les pommades sulfureuses, alcalines, créosotées, au goudron, etc., seront efficaces. En un mot, il faut, pour ainsi dire, réunir le traitement chirurgical et le traitement médical pour arriver à des résultats avantageux.

En résumé, et d'après ces données générales, on voit que les principes de la thérapeutique des dartres sont les mêmes que ceux de la thérapeutique des autres maladies ; qu'il y a lieu d'abandonner les errements vicieux dans lesquels on pratique depuis longtemps, conduit que l'on est à les employer par la routine ; et qu'il faut se montrer médecin pour les maladies de la peau aussi bien que pour les maladies des organes internes.

Observation de farcin chronique chez l'homme, *terminé par la guérison; par* M. Monneret, *agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin du Bureau central des Hôpitaux.*

Il n'existe pas encore d'exemple de farcin chronique terminé par la guérison ; il m'a donc paru utile de livrer à la publicité un fait digne aussi sous d'autres rapports de fixer l'attention des médecins. Les annales de la science contiennent aujourd'hui un grand nombre d'observations de farcin chronique, transmis du cheval à l'homme ; mais dans tous les cas rapportés jusqu'ici, le farcin s'est terminé par la morve aiguë ou chronique, et a toujours fini par amener la mort.

Gallot, né à Paris, âgé de 19 ans, demeurant à la Chapelle-Saint-Denis, rue de Chabrol, n° 43, entra le 18 octobre 1841 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-

Louis, n° 17, où je faisais alors le service depuis plusieurs mois. Ce jeune homme, malade seulement depuis six jours, n'offrit d'abord que les phénomènes vagues qui se montrent au début de la plupart des affections internes; mais bientôt il fut pris de douleurs intenses dans les jointures des pieds, dans les genoux, et dans les muscles de la jambe et de la cuisse. Ces parties étaient exemptes de gonflement et de rougeur, le pouls était accéléré, la soif vive; il existait en outre de la céphalalgie, de la prostration; le soir, paroxisme fébrile, accompagné de malaise et de sueurs abondantes qui se continuaient pendant la nuit.

Le 25 octobre, la céphalalgie, la faiblesse et la fièvre diminuèrent, et je vis paraître pour la première fois, sur le coude-pied et sur la face dorsale des trois derniers orteils du pied gauche, des pustules remplies d'une matière purulente et ressemblant assez bien au panaris de l'espèce la plus bénigne. L'épiderme soulevée par cette matière ne tarda pas à se rompre, et le derme mis à nu se cicatrisa au bout de quelques jours.

La pustule du dernier orteil ne fut guérie qu'au bout de quinze jours.

Le 28, il parut sur la face antérieure et au tiers supérieur de la cuisse gauche, une tumeur diffuse de la grosseur d'une noix, formée aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané, s'accompagnant d'une faible rougeur, et de douleur à la pression. Le 3 novembre, il s'en montra deux autres semblables sur le mollet droit, et sur la partie supérieure externe de la jambe gauche; lorsque j'observai pour la première fois ces tumeurs, qui rappelaient assez bien les abcès qui suivent l'infection purulente, je pensai sur-le-champ à une affection farcineuse, et je fis part de mes craintes aux élèves qui suivaient ma visite. Je pressai alors Gallot de questions, pour savoir si le cheval qu'il conduisait n'était atteint d'aucune maladie. Il me répondit toujours, de la manière la plus formelle, que le cheval était parfaitement sain, ainsi que trois autres qui habitaient l'écurie où lui-même venait coucher chaque soir. Malgré ces dénégations, je conservai mon opinion, et ce ne fut que plusieurs mois après que je parvins à découvrir les renseignements dont il me reste à parler.

Gallot était charretier au service d'une femme qui possédait quatre chevaux, qu'elle faisait travailler à divers ouvrages: l'un d'eux était conduit par le malade, mais n'offrait aucune affection. Un des autres présentait, disséminées à la surface de tout son corps, de petites tumeurs sous-cutanées de la grosseur du pouce, et l'on cherchait à les faire disparaître à l'aide de frictions qu'avait conseillées le vétérinaire. Le cheval jetait continuellement par les narines une humeur épaisse, et souvent une assez grande quantité de sang que l'on avait soin d'enlever par des lavages répétés. La mâchoire inférieure était environnée de glandes saillantes. Je n'ai jamais pu m'assurer par moi-même de l'existence de ces symptômes, qui ont été observés pendant plusieurs mois par le malade. Lorsque l'on apprit que je faisais des recherches actives pour constater l'état dans lequel se trouvait le cheval, on le fit abattre. Le sieur Bagneux, maréchal à la Chapelle, a affirmé que le cheval, qu'il avait eu occasion de voir un grand nombre de fois, était bien certainement morveux. Gallot couchait au milieu de l'écurie, il n'était séparé du cheval morveux par aucun corps intermédiaire; il a donc dû être exposé à contracter la maladie par contact immédiat. Du reste, il fut forcé de reconnaître lui-même l'exactitude des faits que je viens d'indiquer, et il avoua que s'il avait cherché à dissimuler la vérité, c'était dans la crainte qu'on ne punît la femme qui l'occupait.

Cependant le mal dont il était atteint faisait chaque jour de nouveaux progrès; le 6 novembre, il accusa une vive douleur à la partie postérieure de la jambe gauche. Dans ce point, se forma une induration pénétrant dans les muscles, et sur la seconde phalange du troisième orteil un petit abcès sous-cutané, dont le pus se fit jour au dehors. L'état général devint meilleur; pouls à 96; paroxisme fébrile le soir, sans frisson, mais suivi de chaleur et de sueur la nuit; appétit

conservé ; langue blanche et humide ; ventre indolent ; selles naturelles. Les fosses nasales, le pharynx, la voûte palatine, les voies respiratoires, examinés avec le plus grand soin, n'offrirent rien de remarquable. J'adoptai dès lors un traitement tonique, dont je ne me suis pas départi pendant toute la durée de mon service, et qui a été également continué par M. Andral jusqu'à parfaite guérison. Il consista en décoction de quinquina, en vin et extrait de quinquina, qui furent administrés à haute dose.

Il serait par trop fastidieux et sans profit pour le lecteur de raconter jour par jour, et avec détails, les symptômes dont j'ai tenu note exacte. Il me suffira d'indiquer les principaux accidents qui se sont développés pendant le cours de cette longue affection, qui n'a pas duré moins de dix mois.

Dans le cours de novembre et de décembre, de nouveaux abcès se formèrent successivement dans les membres inférieurs et supérieurs ; voici comment ils étaient distribués : 1° Un considérable à la jambe gauche, qui fut ouvert immédiatement avec le bistouri, et pénétrait dans l'épaisseur des muscles. Il s'en échappa, en assez grande abondance, un liquide sanguinolent. 2° Un autre au tiers supérieur et postérieur de la jambe droite, près du creux poplité. 3° A la partie externe de la cuisse gauche, il existait encore trois autres indurations de la grosseur d'une noix. 4° Une autre à la partie inférieure du triceps brachial droit. 5° Enfin, un dernier au tiers inférieur et interne de l'avant-bras droit, près du poignet. Plusieurs autres indurations de la grosseur d'une noisette étaient disséminées sur les membres.

Ces diverses tumeurs offraient ceci de remarquable, qu'elles affectèrent uniquement les membres, d'abord les inférieurs, plus spécialement le gauche, et en dernier lieu les membres supérieurs ; qu'elles avaient leur siége dans l'épaisseur des muscles, quelques unes dans le tissu cellulaire sous-cutané ; qu'elles se développaient avec rapidité et d'un jour à l'autre, sans phénomène précurseur ; qu'elles étaient constituées par l'induration des tissus plutôt que par une tumeur circonscrite ; que la plupart ne présentaient ni rougeur, ni chaleur, en un mot aucun des phénomènes propres aux inflammations phlegmoneuses ; au contraire, elles ressemblaient, sous un grand nombre de rapports, aux abcès froids ; qu'enfin la matière purulente se rassemblait en foyer, très rapidement pour quelques unes d'elles, tandis qu'il restait infiltré dans le plus grand nombre des autres tumeurs. Les indurations, qui ne vinrent pas à suppuration, gênaient le mouvement des membres, et la tuméfaction était le seul signe qui les indiquât ; la résolution y fut en général très difficile, et si lente qu'elles ne disparurent qu'au bout de trois à quatre mois. La matière contenue dans les abcès était constituée par un mélange de sang et de pus ; elle ne fut jamais rendue en grande quantité ; elle ressemblait au liquide sanieux qui s'écoule du poumon hépatisé en rouge. Les plaies résultant de l'ouverture des abcès restèrent pendant huit mois sans se cicatriser, malgré les pansements les plus méthodiques, malgré les cautérisations avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, malgré les lotions chlorurées et la compression. Les bords irréguliers, inégaux, saillants, étaient tantôt d'un rouge vif et saignaient au moindre attouchement ; tantôt ils étaient grisâtres, indurés, couverts de sanie, et semblables à certains ulcères vénériens. L'ouverture fistuleuse établie à la jambe droite fut celle qui offrit le plus mauvais aspect, et fut la dernière à se cicatriser.

Malgré le nombre des tumeurs purulentes qui se succédaient sans relâche, l'état général du malade n'offrait rien d'alarmant, et, dans le cours des mois de novembre et de décembre, l'examen attentif de toutes les fonctions ne fit découvrir aucune lésion appréciable ; cependant la maigreur avait fait de notables progrès, le pouls était à 100, régulier ; point de bruit anormal dans les carotides ni au cœur ; respiration pure, sans râle ; bruit d'expiration sans retentissement vocal sous la clavicule droite ; langue naturelle ; soif vive ; appétit ; aucune hypertrophie de

la rate ; tous les soirs, paroxisme fébrile, intense, suivi de sueurs abondantes pendant la nuit, précédé rarement d'un frisson léger.

Décoction de quinquina avec 40 gr. de vin de Bagnols ; potion avec camphre (3 décig.), teinture de castoréum (1 gr.), acide nitrique alcoolisé (12 gout.).

Dans les premiers jours de décembre, je fis recueillir la matière purulente provenant d'un abcès nouvellement ouvert, et M. Boudet, alors interne de M. Andral, pria M. Leblanc d'inoculer le pus sur un cheval ; cette opération fut pratiquée par cet habile vétérinaire suivant les règles ordinaires, et le cheval mourut le cinquième jour après l'opération, ayant offert du frisson, mais aucun des symptômes de la morve. L'ouverture ne révéla aucune des altérations propres à cette maladie.

Au mois d'avril 1841, les membres supérieurs et inférieurs offraient encore toutes les tumeurs dont j'ai parlé. Le 8 du même mois, on ouvrit un abcès considérable, développé sur la partie inférieure et externe de la cuisse droite ; la suppuration s'y était formée d'une manière très lente, puisque les premiers signes de cette collection purulente s'étaient manifestés dans les premiers jours de février. Du reste, l'état général restait le même ; pouls à 96, régulier ; point de flux par les fosses nasales, ni d'enchifrènement ; point d'épistaxis. L'arrière-gorge et la voûte palatine parfaitement saines ; douleur à la racine du nez ; sentiment de froid, et frisson irrégulier dans le jour ; le soir, rougeur du visage ; température élevée de la peau ; conservation de l'appétit par intervalles ; diarrhée qui dure trois à quatre jours.

Les urines furent examinées à plusieurs reprises par M. Andral, et offrirent une altération sur laquelle il est d'autant plus nécessaire d'insister qu'elle est rare et peut donner lieu à quelques erreurs. Elles étaient pâles, acides, quelquefois neutres ; chauffées, elles se troublaient fortement, et laissaient précipiter de petits flocons imitant tout-à-fait l'albumine. Une seule goutte d'acide nitrique, versée dans cette urine, lui rendait à l'instant même toute sa limpidité, en dégageant une foule de petites bulles, formées par le gaz acide carbonique ; les flocons n'étaient donc que du carbonate de chaux, que l'on aurait confondu avec de l'albumine si l'on n'avait traité l'urine par l'acide nitrique. Celui-ci n'amenait aucun changement dans l'urine traitée à froid. Cette altération se montra à plusieurs reprises, et à des intervalles irréguliers, sans qu'on pût découvrir la cause de ces variations.

Jusqu'au 1er juillet 1842, l'état du malade fut tel que je viens de le décrire ; depuis un mois M. Andral lui faisait prendre l'iodure de potassium (2 gr.) et l'iode (10 cent.), lui accordait quatre portions d'aliments, lorsque le 5, après une sortie qu'on lui avait permis de faire, il survint de l'œdème aux jambes. Le lendemain un érysipèle se déclara au bras gauche autour de la plaie fistuleuse d'un abcès ; en même temps parut sur tout le corps une éruption de petites vésicules miliaires, entourées d'une auréole rouge; bientôt l'érysipèle s'étendit au bras et à l'aisselle. Fièvre intense ; température élevée de la peau ; pouls à 130 ; agitation ; délire ; épistaxis ; l'érysipèle occupa ensuite l'avant-bras, une partie de l'épaule gauche ; pouls à 130; épistaxis abondante chaque jour jusqu'au 13 juillet ; à cette époque l'érysipèle cessa entièrement ainsi que les autres phénomènes morbides ; iodure de potassium (1 gr.), iode (2 cent.)

Le 16, apparition de vésicules miliaires sur le genou et la cuisse gauches ; la fièvre tombe ; les narines fournissent une humeur limpide, abondante ; le malade se lève ; les plaies prennent un aspect meilleur (même traitement).

Le 17 au soir, paroxisme fébrile intense ; pouls à 140 ; peau aride et brûlante ; voix nasonnée ; un érysipèle reparaît à l'avant-bras gauche près du coude, et s'étend au bras ; le malade accuse une grande faiblesse et expectore des mucosités visqueuses, abondantes ; le 24 ces phénomènes cessent, et tout rentre dans l'ordre ;

les plaies se cicatrisent en peu de jours ; le malade sort entièrement guéri le 31 juillet. Depuis cette époque, M. Bodinier, interne chargé du service, a bien voulu visiter le malade, et le 13 septembre il s'est assuré que sa santé était entièrement rétablie ; il lui reste seulement dans les membres un peu de gêne, causée par les adhérences qui résultent de la cicatrisation des nombreux abcès dont les membres ont été le siége.

La maladie dont je viens de tracer l'histoire a pris dès le début la forme que revêtent les suppurations diffuses. Les douleurs musculaires et articulaires ont été rapidement suivies de la formation d'abcès multiples, qui se sont succédé les uns aux autres sans interruption. Dans le mois qui a précédé le rétablissement du malade, les déterminations morbides, pour me servir d'une expression empruntée à Cullen, au lieu de s'effectuer vers le tissu cellulaire général, ont pris leur cours vers les surfaces cutanées ; une éruption miliaire confluente, deux érysipèles se sont alors manifestés, et en même temps, soit coïncidence, soit intervention d'une cause inconnue, l'appareil fébrile devint plus continu, plus intense ; une véritable affection aiguë remplaça l'affection chronique, et au bout d'un temps très court l'état du malade s'améliora rapidement ; les plaies, qui étaient restées stationnaires pendant huit mois, se cicatrisèrent rapidement, la suppuration se tarit, comme si les efforts conservateurs de la nature avaient enfin réussi à expulser au dehors les derniers restes de la matière morbifique. Les préparations iodurées, les toniques, les anti-septiques n'ont-ils pas contribué à la guérison ? Il est permis de le penser, puisque c'est peu de temps après leur usage que l'amélioration s'est prononcée. On pourrait soutenir aussi avec quelque raison que la maladie ayant déjà parcouru ses périodes, tout était préparé pour une terminaison critique.

Ce qui doit surprendre, dans cette redoutable affection, c'est de voir qu'en même temps que les tissus fournissaient incessamment de la matière purulente, les principales fonctions étaient à peine troublées, et restaient étrangères à la scène qui se passait auprès d'elles ; le système circulatoire lui-même y prenait une part peu active et seulement par intervalles. Et cependant, lorsqu'on réfléchit à la quantité considérable de pus qui s'est formé dans les différents points du corps, lorsqu'on songe qu'une quantité minime de pus détermine presque toujours les symptômes de la résorption purulente si constamment mortelle, on se demande comment le malade a pu échapper à la mort.

Tous les malades qui ont été jusqu'ici atteints de farcin chronique, communiqué par le cheval, ont fini par succomber aux accidents de la morve aiguë ou chronique. Par quelle heureuse exception notre malade a-t-il échappé à la mort ? était-il bien réellement affecté de farcin chronique? c'est ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

Je ne reviendrai pas sur les renseignements dont j'ai parlé en commençant ; ils prouvent de la manière la plus évidente que Gallot s'est trouvé en contact immédiat, et pendant longtemps, avec un cheval qui a offert tous les signes de la morve la mieux caractérisée, et qu'il a été placé dans les conditions qui développent cette maladie de la manière la plus certaine. D'une autre part aussi, tous les symptômes dont il a été frappé étaient bien ceux du farcin chronique ; les médecins qui sont venus l'observer à l'hôpital (et le nombre en est grand) se sont accordés à reconnaître l'existence d'un farcin ; il n'y a pas eu de dissentiment à cet égard. Tous ceux qui ont eu occasion d'observer cette maladie chez l'homme ont porté ce diagnostic, qui a été également celui de M. Andral. Si le sujet avait succombé, on n'hésiterait pas à le considérer comme ayant été atteint de farcin ; mais par cela même que la guérison a eu lieu, ce qui n'a pas été observé jusqu'ici, le doute s'élèvera dans l'esprit de plus d'un observateur, et avec d'autant plus de raison que l'inoculation tentée avec la matière purulente n'a amené qu'un résultat néga-

tif. Je ferai remarquer que ces expériences n'ont pas été faites avec toutes les précautions désirables. D'ailleurs, il reste toujours à détruire une grave objection: si la maladie dont Gallot a été frappé n'est pas un farcin chronique, il faut lui trouver un nom et une place connus dans nos cadres nosologiques. Peut-on voir dans cette maladie la diathèse purulente? mais on sait que jusqu'ici on a trouvé son point de départ dans l'affection de quelque organe, et d'ailleurs elle s'accompagne constamment de symptômes généraux graves, qui n'ont pas existé chez notre malade. L'économie, dans ce cas, présente quelques points en suppuration; tantôt c'est une veine enflammée, une surface suppurante; tantôt une plaie accidentelle, une variole, qui sont le point de départ de la diathèse purulente. D'une autre part aussi, l'on ne peut soutenir que le virus morveux a eu pour unique effet de produire une infection purulente non spécifique, car ce serait rejeter la nature virulente de la matière morveuse, ce qu'il est impossible de faire après les nombreux faits que la science possède aujourd'hui. C'est donc avec une certaine confiance, et non sans y avoir mûrement réfléchi, que je donne cette observation comme un exemple de farcin chronique, communiqué à l'homme par un cheval morveux.

Chez Gallot, les symptômes du farcin chronique ont consisté en phlyctène, en abcès sous-cutanés, et en dépôts purulents développés dans l'épaisseur des tissus; jamais il n'a offert les lésions gangréneuses et ulcéreuses, le jetage de la morve aiguë. Si l'on cherche la cause qui a préservé le malade de cette redoutable affection, on ne peut la trouver que dans l'heureuse disposition de son organisme en partie réfractaire à l'action toxique du virus morveux.

Les observations nombreuses contenues dans les annales de la science, et les expériences faites sur les animaux, prouvent que le farcin chronique transmis par le cheval à l'homme développe indistinctement chez ce dernier le farcin ou la morve.

Il ressort de cette observation un fait qui, à lui seul, devait me contraindre à publier l'histoire qu'on vient de lire; c'est que tout homme atteint de farcin chronique n'est pas voué par cela même à une mort certaine. Du reste, il serait téméraire d'affirmer que la maladie ne reparaîtra jamais: toutefois, si je conserve encore des craintes sur l'avenir du sujet, ce n'est point parce que son état actuel inspire la moindre inquiétude, mais à cause de l'enseignement fourni par l'expérience, qui nous a montré le farcin toujours terminé par la mort.

REVUE CRITIQUE.

RECHERCHES SUR LES SIGNES ET LE DIAGNOSTIC *de l'insuffisance des valvules de l'aorte*, par M. Aran.

L'auteur, dans son mémoire, n'a fait que répéter ce que savent tous ceux qui sont au courant des observations de MM. Hope, Corrigan, Guyot, Littré, etc., sur ce point d'anatomie pathologique et de séméiologie. Il n'y a ajouté que quelques faits à l'appui, dans lesquels, à l'aide du rapprochement des signes fournis par le sthétoscope et par le pouls, il a été permis d'établir un diagnostic très exact de l'etat des orifices et des valvules du cœur, alors que l'insuffisance des valvules sygmoïdes de l'aorte était compliquée soit d'insuffisance de la valvule mitrale, soit du rétrécissement de l'orifice aortique. De plus, il y a joint un fait tiré du recueil d'observations de médecine de Selle de Berlin, praticien et écrivain fort distingué de la fin du siècle dernier. Selle avait été frappé, dans ce cas, de l'ampleur et de la force des battements artériels, non seulement au poignet, en tâtant le pouls, mais dans toutes les artères dont les pulsations sont visibles. Puis, constatant à l'autopsie que les valvules du cœur étaient non seulement ossifiées, mais encore retirées de manière, dit-il, *que le sang poussé par le cœur pouvait bien en sortir*, *mais devait naturellement y rentrer à cause de cet élargissement*, il avait aussitôt, sans le secours de la statistique, rapproché de cette forme de lésion organique le trouble de la circulation artérielle observé pendant la vie, et avait saisi entre ces deux circonstances des rapports de cause à effet, au lieu d'y voir une pure coïncidence ou de n'y rien voir du tout, comme cela serait arrivé immanquablement à un statisticien sévère et systématique.

Voilà, je le redis, ce qu'il y a de plus nouveau dans le mémoire que j'analyse; et certes, quoique datant de plus de cinquante ans, ceci ne laisse pas que d'être une particularité assez intéressante dans l'histoire de ce point de séméiologie physique.

Maintenant, pour les médecins qui ignoreraient ou auraient pu oublier les signes de l'insuffisance des valvules aortiques, je dirai avec M. Aran :

1° Que, sous le rapport des signes généraux de cette insuffisance, se présente en première ligne une observation importante que j'ai moi-même souvent vérifiée, savoir, que si le pronostic absolu de cette lésion est aussi grave, aussi funeste que celui des rétrécissements des orifices, par exemple, ceux-ci déterminent bien plus rapidement que les insuffisances, les troubles de la respiration, les infiltrations séreuses, en un mot les désordres de la santé qui forment le tableau déplorable des maladies organiques du cœur et conduisent les malades au tombeau. Avec les insuffisances aortiques, les malades vivent beaucoup plus longtemps, et ne sont tourmentés que beaucoup plus lentement par les désordres fonctionnels que je viens de citer. Il faut noter aussi parmi les signes généraux, le caractère vif, brusque, bondissant du pouls, avec dépressibilité dans les intervalles des diastoles artérielles. Ces caractères augmentent lorsqu'on place le membre supérieur dans l'élévation. On remarque aussi, lorsque l'insuffisance des valvules est très prononcée, une hypertrophie sensible des artères avec flexuosités, surtout à la partie supérieure du tronc et aux membres thoraciques.

2° Sous le rapport des symptômes locaux, et principalement des signes physiques, l'insuffisance des valvules de l'aorte reconnaît pour indice pathognomonique un murmure diastolique commençant avec la diastole (pourquoi ne pas dire tout simplement un bruit de souffle, au second temps, sans compliquer un fait incontestable d'une théorie contestée ?) et se prolongeant pendant une grande partie de l'intervalle de silence, donnant à l'oreille la sensation d'une aspiration prolongée, d'un timbre doux comme le bruit d'un soufflet, d'autres fois musical, mais jamais rude comme le bruit de râpe ou de scie; ayant son *maximum* au niveau de l'orifice aortique, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur de la troisième côte, près du sternum; se propageant d'une part sur le ventricule gauche, d'autre part dans les gros troncs artériels où il se continue avec un murmure soufflant, plein, renflé à son centre, coïncidant avec la diastole artérielle.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son diagnostic différentiel des insuffisances aortique et mitrale, et des rétrécissements des orifices qui répondent à ces valvules.

Il nous promet un prochain mémoire sur les morts subites qui terminent fréquemment les anévrismes du cœur par insuffisance des valvules de l'aorte. Cette belle question nous semble plus propre à exciter nos réflexions et notre critique que celle qui fait l'objet du présent mémoire. La physique médicale trouve sans doute de belles applications dans cette partie de l'histoire des maladies organiques du cœur qui concerne les modifications matérielles survenues dans sa structure et capables de troubler le rhythme de ses battements ou d'altérer la nature de ses bruits; et cette utile connaissance, quoique à peine créée depuis vingt-cinq ans, a fait dans ce peu de temps de bien rapides progrès, grâce à l'ardeur avec laquelle on y a travaillé.

Avouons, sans reproche et sans amertume, que l'étude physiologique et médicale des affections qui se déroulent dans le cours d'une lésion organique du cœur, soit à titre de causes diathésiques, de conséquences plus ou moins éloignées ou de complications, etc., etc., n'a pas marché d'un pas égal. C'est, il faut en convenir, que cette étude est autrement difficile et exige des observateurs et surtout des médecins bien autrement profonds que celle qui consiste uniquement à appliquer son oreille sur la région du cœur et à noter les caractères différentiels de l'état sain et de l'état morbide, puis à les comparer, d'une part avec les dispositions anatomiques normales, et de l'autre avec les lésions démontrées par l'anatomie pathologique. Avouons, surtout, que les conséquences qui découlent immédiatement de ces deux ordres de faits et de recherches, assignent à chacun d'eux une valeur bien différente aux yeux du praticien. (*Archiv. gén. de médecine*, nov. 1842.)

OBSERVATION D'UN CAS DE MOLUSCUM *non contagieux du scrotum*, par M. RENAULT.

La plupart des caractères de cette maladie, fort rare, sont relatés avec soin dans l'observation de M. Renault. Ce médecin fait suivre son observation de réflexions dans lesquelles il agite la question de la nature de cette affection cutanée. Il admet l'opinion de Bateman, adoptée par Biet, d'après lesquels le moluscum non contagieux de la peau est rangé dans l'ordre des tubercules cutanés. M. Rayer, qui a fait sur cette maladie d'intéressantes recherches d'anatomie pathologique, pense qu'elle consiste dans l'hypertrophie des follicules de la peau, qu'elle est constituée par des tumeurs folliculeuses sans formation de produits accidentels, tels que tubercules.

M. Renault n'a pu éclairer ce point important de l'histoire du moluscum non contagieux de la peau par l'examen anatomique des tumeurs, dont il décrit seulement la conforma-

tion extérieure dans l'observation qu'il a recueillie. (*Revue médicale,* sept. 1842.).

OBSERVATION FAITE SUR LE VIVANT D'UNE TRANSPOSITION DES ORGANES, par M. DE LENS, membre de l'Académie royale de médecine.

M. de Lens ne connaît pas un seul fait publié de transposition d'organes reconnue sur le vivant. L'observation qu'il rapporte présente donc, sous le point de vue du diagnostic, le plus grand intérêt. Ce médecin a sous les yeux une dame chez laquelle cette transposition a été constatée par lui, il y a 30 ans. Des palpitations qui suivirent un exercice violent, telle fut la circonstance qui révéla cette transposition. Le sujet était alors une jeune fille, qui, à la fin d'une contredanse, porta la main sur *le côté droit de la poitrine* pour sentir la violence des battements de son cœur, et, bien que la position de la main fût jugée peu rationnelle pour cette exploration, elle était néanmoins la seule qui permît de percevoir les battements de cet organe transposé. M. de Lens reconnut le lendemain cette transposition, et un examen attentif lui fit reconnaître la présence du foie dans l'hypocondre gauche. La déviation du rectum à droite, ajoute M. de Lens, pourrait, au besoin, fournir un signe de plus pour arriver à la demonstration du fait de tranposition des organes.

M. le docteur Camus, ancien interne des hôpitaux, a fait aussi remarquer que la connaissance du fait de la transposition des organes peut encore se déduire de l'exploration des fosses iliaques, dans lesquelles la percussion et le palper font facilement reconnaître, à droite, le cœcum, et, à gauche, l'S iliaque du colon. (*Revue médicale*, ibid.)

OBSERVATIONS SUR LES ACARES *vivant dans les follicules pileux de l'homme, dans l'état de santé et de maladie*, par le docteur SIMON de Berlin.

Sur le cadavre et sur le vivant, M. Simon a découvert dans la matière des tannes du nez un insecte qui, par sa tête confondue avec le thorax, par l'absence d'antennes, par ses quatre paires de pattes et par la forme de son suçoir, appartient à la famille des arachnides et spécialement à l'ordre des acariens. Sa place est à côté du sarcopte de la gale de l'homme. Cet insecte se retrouve également dans les follicules pileux à l'état sain.

Il est très facile de constater la présence de l'*acarus folliculorum*. Il suffit, après avoir extrait la matière des tannes, de la placer sur une lame de verre, de l'étaler avec une aiguille et de l'examiner au microscope; pour découvrir l'insecte dans les follicules pileux sains, il suffit de placer entre deux lames de verre, de comprimer doucement et d'examiner au microscope une lame très mince de peau coupée verticalement sur le nez.

M. Simon a recherché l'insecte dans les follicules sains sur dix cadavres, et il ne les a vus manquer que deux fois, sur les cadavres de deux enfants nouveau-nés. L'insecte a été cherché dans la matière des tannes sur dix sujets, mais il n'a été rencontré que sur trois d'entre eux.

L'acare est ordinairement placé près de l'orifice du follicule, quelquefois cependant il en occupe le fond. L'axe le plus long de l'animal est divisé parallèlement à celui du follicule, la tête regardant le fond, et l'abdomen l'ouverture du sac. Le plus souvent il n'existe qu'un insecte dans un follicule sain. M. Simon en a cependant, dans quelques cas, compté deux, trois et même quatre.

Le nombre d'acares existant dans chaque tanne est fort variable. Sur le cadavre il est généralement de deux à six : ce nombre est aussi le plus ordinaire chez le vivant, mais quelquefois il est beaucoup plus considérable. M. Simon a trouvé jusqu'à treize acares dans une seule tanne.

L'insecte a 0,085 à 0,125 de ligne de long sur environ 0,002 de ligne de large. Voici la description qu'en donne M. Simon.

« La tête, qui se rétrécit en avant, est formée de deux corps placés latéralement (palpes) et d'un suçoir situé entre ces deux palpes. Les palpes sont composées de deux articles, un postérieur plus long, et un antérieur plus court. Ce dernier paraît avoir à son extrémité de petites dentelures. Le suçoir, qui quelquefois dépasse les palpes, et qui d'autres fois est moins long qu'eux, ressemble à un tuyau allongé. Au-dessus du suçoir existe un organe triangulaire, dont la base très courte appuie sur la partie postérieure du suçoir, mais dont le sommet ne va pas jusqu'à l'extrémité de celui-ci. Au moyen d'un fort grossissement, on voit que ce corps triangulaire est formé de deux lames pointues, ou soies, placées l'une à côté de l'autre.

« La tête se continue immédiatement avec le thorax, lequel forme environ le quart de la longueur du corps et est un peu plus large que la partie supérieure de l'abdomen. Des deux côtés du thorax existent quatre paires de pieds très courts, ayant la forme d'un cône, dont la base appuierait sur la partie latérale du thorax. On voit sur chaque membre trois lignes transversales obscures, qui semblent indiquer l'existence de trois articulations.

« A l'extrémité de chaque pied on aperçoit, avec un fort grossissement, trois crochets déliés, un long et deux plus courts. Les crochets se terminent généralement par une pointe aiguë.

« Au thorax succède sans interruption l'abdomen, qui, à sa partie antérieure, n'est qu'un

peu plus étroit quo le thorax, mais qui s'amincit insensiblement et se termine par une extrémité arrondie : sa longueur est environ trois fois celle du thorax. Sur tout l'abdomen on remarque des lignes transversales très fines, très rapprochées et très régulières, qui paraissent être formées par des enfoncements et des saillies. »

Telle est la disposition que présente la plus grande partie des *acari folliculorum :* elle se modifie néanmoins quelquefois ; et M. Simon a établi sur de légères différences de formes quatre variétés d'acares.

Les intéressantes recherches de M. Simon, qui viennent encore donner raison à une opinion et à un dicton populaires, soulèvent plusieurs questions importantes de dermatologie.

Les acares existent-ils dans tous les follicules pileux du corps, ou seulement dans ceux du nez?

Leur présence est-elle un phénomène physiologique ou pathologique ?

Les acares se développent-ils par génération spontanée ou se transmettent-ils par contagion?

Si, comme il y a lieu de le croire, les tannes et les pustules d'acné ne sont que deux degrés différents d'une même maladie des follicules pileux, quel rôle les acares jouent-ils dans le développement de cette maladie, et, consécutivement, dans le développement des tannes et des pustules d'acné ?

Les acares se retrouvent-ils dans le pus des pustules d'acné?

Nous nous occupons en ce moment de vérifier et de compléter les expériences de M. Simon : nous ferons connaître à nos lecteurs les résultats auxquels nous arriverons et les réponses qui nous paraîtront devoir être faites aux questions posées ci-dessus. (*Archives d'anatomie comparée*, par M. Rayer, octobre 1842.)

CONSTITUTION MÉTÉOROLOGIQUE ET MÉDICALE *de Clermont (Oise) pendant l'année* 1841, par M. Rottée.

Une épidémie de fièvres typhoïdes a régné pendant l'été et l'automne ; ici, comme dans toutes les relations publiées par les médecins qui observent dans de petites localités, quelques faits semblent militer en faveur de la contagion. Ainsi la maladie débute le 25 juin sur une femme de 48 ans, habitant une maison humide et vivant dans la misère. La femme est rétablie après quarante jours ; mais son mari, qui avait passé les nuits à la soigner, tombe malade et meurt le quatorzième jour. Leur garçon, âgé de douze ans, est attaqué à son tour après la mort de son père, mais il entre en convalescence au bout de trois semaines. Dans une autre maison, tombent successivement malades les deux enfants, la mère et le père. Ils guérissent tous les quatre. Dans une autre famille également, deux enfants, le père et ensuite la mère, payèrent leur tribut à la maladie. Une de leurs parentes d'un hameau voisin vint les voir plusieurs fois ; elle tomba malade et ne se rétablit qu'au bout d'un mois. Ailleurs ce sont deux frères, ici un petit garçon et sa mère, là une fille et sa mère, qui contractent la fièvre typhoïde les uns après les autres. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné plus de détails sur ces six cas. Mais, à en juger d'après le peu de renseignements consignés dans ce travail, nous pouvons présumer que les individus atteints ont été soumis aux mêmes conditions de localités et d'habitation ; ajoutons encore à ces influences celle des miasmes infectants accumulés dans une chambre mal aérée, où se trouvent rassemblés les individus sains et le sujet malade, et nous trouverons une cause suffisante à la propagation de la maladie, sans recourir à la contagion que les nombreux faits rassemblés à Paris n'ont encore étayée d'aucune preuve. (*Journal des Connaissances Médico Chirurcales*, nov. 1842.)

EXPÉRIENCES SUR LA TRANSMISSION DE LA RAGE, par M. Rey, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

De ces expériences il résulte que le chien peut directement communiquer la rage par ses morsures à l'espèce *mouton*. Quant au mouton enragé, il ne cherche pas à mordre, mais il frappe violemment à coups de tête. Sa bave inoculée au chien ne lui transmet point la maladie ; mais, inoculée à d'autres moutons, elle peut développer chez eux la rage dans l'espace de six semaines au plus. (*Ibid.*)

EMPLOI DU SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE *dans le traitement du rhumatisme aigu.*

M. Briquet, médecin de l'hôpital Cochin, a lu sur ce sujet une longue note à l'Académie royale de médecine. Voici les principaux résultats qu'il a obtenus :

25 sujets affectés de rhumatisme aigu ont été soumis à cette médication ; plusieurs étaient atteints de péricardite ou d'endocardite rhumatismales.

Le premier jour on faisait prendre, selon le sexe, l'âge ou la constitution du malade, 4, 5 ou 6 grammes de sulfate de quinine dissous dans une potion gommeuse de 100 grammes, à l'aide de 10 à 12 gouttes d'acide sulfurique. La potion était donnée par cuillerée à bouche toutes les heures, de manière à ce qu'elle fût prise en 12 heures.

Le second jour on donnait ordinairement la même dose et de la même manière que le premier jour.

A partir du troisième jour, comme il y avait presque toujours ou cessation des accidents, ou bien une amélioration notable, on dimi-

nuait la dose d'un gramme par jour, quelquefois de 2 grammes.

Le plus ordinairement le traitement a duré de 6 à 8 jours, et pendant tout ce temps les malades ont pris de 25 à 30 grammes de sulfate de quinine.

Les moyens adjuvants ont été l'usage de la tisane de bourrache miellée, des cataplasmes laudanisés, et le repos le plus complet.

Après 24 heures de traitement, diminution prononcée des symptômes rhumatismaux. Un malade a été guéri après 48 heures de traitement. Chez 14 malades la disparition de la maladie a eu lieu dans le courant de la troisième journée; elle s'observa chez 6 malades dans le courant du quatrième jour; une femme atteinte de rhumatisme universel aigu ne guérit que le septième jour; le vingt-troisième malade, n'ayant éprouvé aucun changement sensible le cinquième jour, cessa de suivre le traitement.

La récidive ne s'est montrée que chez deux malades.

Enfin, le troisième jour, la plupart des malades prenaient des bouillons; le cinquième jour ils mangeaient des potages; le sixième ou le septième jour ils prenaient des aliments solides.

Plusieurs médecins des hôpitaux étudient en ce moment les effets du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu, en se conformant exactement aux modes d'administration conseillés par l'honorable médecin de l'hôpital Cochin. Le résultat de toutes ces observations, qui probablement sera publié d'ici à peu de temps, ne sera pas en tout conforme à celui obtenu par M. Briquet; car déjà des accidents de la plus haute gravité ont eu lieu ces jours-ci; deux rhumatisants traités dans les hôpitaux par le sulfate de quinine à haute dose ont succombé empoisonnés par ce médicament. Cet événement si regrettable doit dès ce moment prémunir les praticiens contre ces doses excessives d'un médicament qu'on avait cru jusqu'à ce jour pouvoir administrer impunément à haute dose.

Nous mettrons, d'ailleurs, nos lecteurs au courant des essais heureux ou malheureux tentés avec cette médication pour combattre le rhumatisme.

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

Du lactucarium et de la thridace.

Il existe deux médicaments fournis par les espèces du genre laitue, le *lactucarium* et la *thridace*, qui dans la pratique ont été souvent confondus: il est résulté de cette confusion, sur laquelle j'ai déjà insisté à la page 332 de mon traité de matière *médicale*, qu'un médicament efficace dans certaines conditions est tombé complétement en discrédit. Nous allons dans cette notice comparer ces deux produits et donner un résumé étendu 1° des nouvelles recherches de M. Aubergier sur le lactucarium, 2° des expériences de Walz sur la lactucine, 3° des remarques sur la récolte du lactucarium par M. Arnaud, 4° des réflexions de M. Bertrand sur les propriétés de ce produit, 5° le résumé des observations recueillies dans les services divers de l'Hôtel-Dieu, sur les propriétés thérapeutiques du lactucarium.

Thridace.

Voici comment on obtient ce produit qui est un véritable extrait. On prend des tiges de laitue montées avant la floraison. On enlève les feuilles, on pile les tiges, on exprime le suc, on le fait évaporer à l'étuve sur des assiettes, et on le conserve dans des vases bien clos. Il serait préférable de séparer l'écorce des tiges et de rejeter la partie centrale; mais cette opération est si minutieuse que le Codex ne l'a point adoptée. Comme la thridace contient des principes inertes insolubles dans l'alcool, M. Dublanc a proposé de reprendre la thridace par l'alcool à 22° et d'évaporer. M. Mouchon propose de préparer l'extrait de laitue avec de l'alcool à 22°. Quoi qu'il en soit de ces diverses modifications, l'expérience clinique a prononcé : la thridace est un médicament inerte, sans action physiologique appréciable à des doses élevées; et il faut rayer ce procédé du Codex qui est déjà assez encombré d'une foule de préparations sans nulle efficacité, et revenir au premier procédé du docteur François, qui a eu d'abord recours aux incisions de la tige de laitue. Nous allons passer à l'histoire du lactucarium, qui mérite toute l'attention des praticiens.

Lactucarium.

On obtient ce produit en faisant des incisions aux tiges de laitue montée. Les cellules qui se trouvent situées dans l'écorce laissent écouler un suc laiteux blanc qui se colore à mesure qu'il prend de la consistance à l'air, et qui ne contient point les autres sucs renfermés dans l'intérieur de l'écorce. Le lactucarium a une saveur amère, une odeur vireuse très prononcée et qui n'est pas sans analogie avec l'odeur de l'opium, et il n'attire pas l'humidité de l'air.

La thridace, au contraire, a une saveur extractive amère; son odeur n'a rien de vireux, elle attire puissamment l'humidité de l'air à

cause des sels déliquescents qu'elle contient. Il est un rapprochement entre les produits de la laitue et ceux du pavot sur lequel je crois utile d'insister. Les extraits de pavot préparés par expression du suc des capsules, des tiges, des feuilles de pavot, constituent des médicaments extrêmement peu riches en morphine, qui n'ont qu'une action physiologique très faible. On les distingue facilement de l'opium, parce qu'ils sont déliquescents, qu'ils n'ont pas l'odeur vireuse caractéristique de l'opium, qu'ils ont une couleur noire. Eh bien! les mêmes caractères se présentent lorsque nous comparons la thridace au lactucarium. Il ressort de ce rapprochement que les sucs laiteux qui s'écoulent d'incisions pratiquées aux plantes, et qui s'évaporent spontanément, sont beaucoup plus riches en principes actifs que nos extraits préparés avec le plus grand soin; il est encore évident que le bon opium est un produit d'incisions et non pas un résultat de l'évaporation du suc, comme quelques auteurs le professent encore aujourd'hui.

En Allemagne et à Aix-la-Chapelle en particulier, on emploie habituellement dans la pratique le lactucarium, et cela avec beaucoup d'avantage. Je possède à cet égard des renseignements authentiques. Mais en France on n'a jamais eu le produit d'incisions des tiges de la laitue que comme objet de recherches. Le docteur Bidault de Villiers, qui a fait un travail sur ce produit, avoue n'en avoir jamais possédé plus de quinze grammes. Il importait donc qu'on fît de nouveaux efforts pour surmonter les difficultés qui ont empêché jusqu'ici de mettre ce produit à la disposition des praticiens : tel est le but que s'est proposé M. Aubergier, dans le travail qu'il a présenté à l'Académie des sciences, le 14 novembre 1842. Nous allons donner un extrait de ce mémoire rédigé par l'auteur lui-même.

« Sans me laisser décourager par l'insuccès de mes premières tentatives, j'ai varié mes expériences, et c'est la comparaison établie entre le suc de la laitue et celui du pavot qui m'a guidé dans la nouvelle direction que j'ai donnée à mes recherches. Quoique toutes les espèces du genre pavot contiennent le suc laiteux avec lequel on prépare l'opium, cependant ce produit ne peut être obtenu commercialement par incision qu'en cultivant les espèces dans lesquelles les péricarpes atteignent un développement suffisant. La récolte en deviendrait impossible si l'on s'adressait à certains pavots que nous ne connaissons qu'à l'état sauvage, par exemple au pavot douteux ou au pavot coquelicot.

« Je ne pouvais donc espérer résoudre le problème que je m'étais proposé qu'en choisissant, pour les cultiver, des espèces dont le suc laiteux aurait la même composition et les mêmes propriétés que celui de la laitue cultivée, mais dont les tiges prendraient plus de développement que celles de mes premières plantations. En prenant ainsi pour guide la loi des analogies entre les végétaux appartenant aux mêmes groupes, je suis arrivé à un résultat singulier et très remarquable; dans certaines espèces, le suc laiteux, au lieu d'être amer, est, au contraire, fade et douceâtre. Il contient beaucoup de mannite, mais pas de principe amer, et n'a aucune propriété calmante. Je citerai comme exemple les *lactuca stricta, acuminata* et *elongata* de l'Amérique septentrionale. Mais dans d'autres espèces, ainsi que je m'y attendais, le suc laiteux a la même composition chimique, les mêmes propriétés médicales que celui de la laitue cultivée. Parmi celles-ci, l'espèce la plus remarquable, la plus intéressante surtout sous le point de vue qui m'occupait, était indiquée, pour ainsi dire, par le nom qu'elle porte; c'est l'*altissima*, dont les tiges atteignent par la culture jusqu'à trois mètres de hauteur et quatre centimètres de diamètre. Il en résulte qu'on peut recueillir par incisions des quantités de suc laiteux telles que je puis avancer que le lactucarium pourra conserver sur l'opium, pour le prix, la prééminence qu'on lui a attribuée sous le rapport des propriétés médicales. Au moment où il s'échappe des incisions, le suc offre la couleur et la consistance de la crême. Bientôt il se coagule et se colore en jaune, puis en brun, et il se dessèche assez promptement, en perdant 71 pour cent de son poids. Souvent il se couvre d'efflorescences cristallines, que le docteur Bidault de Villiers attribuait à un alcali végétal, et qui ne sont autre chose que de la mannite. Sous l'influence des alcalis, le suc frais se colore en rose, et sa solution précipite les persels de fer en brun, tandis que la liqueur qui surnage le précipité devient verte.

« L'analyse du *lactucarium* qui m'a conduit à établir l'identité du suc dans certaines espèces a donné les résultats suivants : une matière amère cristallisable, de la mannite, de l'asparamide; une matière cristalisable colorant en vert les persels de fer; une résine électro-négative combinée à la potasse, une résine indifférente, de l'ulmate de potasse, de la cérine, de la myricine, de la pectine, de l'albumine, de l'oxalate acide de potasse, du malate de potasse, du nitrate de potasse, du sulfate de potasse, du chlorure de potassium, du phosphate de chaux et de magnésie, des oxides de fer et de manganèse, et enfin de la silice.

« On voit d'après cette analyse que la lactescence du suc de laitue est due à un mélange de cire et de résine, et non au caoutchouc, comme Schrader et Pfaff l'avaient avancé. C'est une émulsion végétale à base de cire, qui se rapproche de celle que fournit l'arbre à

la vache dont M. Boussingault nous a fait connaître la nature.

« Quant à la coloration en rose par les alcalis, elle est due à la matière cristallisable qui colore en vert les persels de fer. On la trouve généralement répandue, ainsi que la mannite, dans le suc laiteux des chicoracées.

« La substance la plus intéressante, isolée dans cette analyse, est certainement la matière amère que j'ai obtenue à l'état cristallin, et qui est au lactucarium ce que la morphine est à l'opium; à cela près que la morphine est alcaline et que la matière active du lactucarium est neutre. Cette matière, presque insoluble dans l'eau à froid, est plus soluble à chaud; elle se sépare par le refroidissement en paillettes nacrées ressemblant à l'acide borique; elle est soluble dans l'alcool faible et l'alcool fort, mais plus à chaud qu'à froid. Elle est complétement insoluble dans l'éther. Chauffée, elle se charbonne sans se sublimer; sa solution s'altère sous l'influence des alcalis, et l'amertume disparaît sans qu'un acide puisse la faire revenir.»

Ce caractère que M. Aubergier assigne au principe amer de la laitue, et qui est fort remarquable, appartient aussi, comme je l'ai vérifié depuis longtemps, au cynisin; en effet, ce principe, qui est d'une excessive amertume, la perd complétement par l'addition d'un alcali, et un acide ne fait plus reparaître cette saveur amère si intense.

Le principe cristallin que M. Aubergier a extrait du lactucarium paraît se rapprocher à quelques égards de la lactucine de Walz, qui peut-être était un produit moins pur. Nous examinerons plus loin les différences que présentent ces deux matières. Walz obtient la lactucine en traitant le lactucarium par un mélange d'alcool et de 1/50 de vinaigre concentré, ajoutant de l'eau à la dissolution et précipitant par l'acétate de plomb basique. On évapore à une douce chaleur la liqueur filtrée, après en avoir séparé l'excès de plomb par l'hydrogène sulfuré; puis on reprend le résidu par l'éther. La lactucine reste par l'évaporation de la solution éthérée.

La lactucine s'obtient par l'évaporation spontanée en cristaux jaunâtres qui, examinés à la loupe, forment des aiguilles confuses. Elle se dissout dans 60 à 80 parties d'eau froide, ainsi que dans l'alcool; elle est moins soluble dans l'éther; ses solutions présentent l'amertume du suc de laitue récemment exprimé; elles n'exercent aucune action sur les couleurs végétales. L'acide hydrochlorique et l'acide nitrique à l'état étendu ne l'altèrent point; l'acide nitrique de 1,48 la transforme en une résine brune et insipide. Avec les alcalis elle fournit des produits ammoniacaux. L'acide sulfurique concentré la colore en brun; l'acide acétique la dissout mieux que l'eau. Par la chaleur elle fond en une masse brune. La solution aqueuse de la lactucine n'est précipitée par aucun réactif. Suivant Walz, le suc desséché de la laitue vireuse contient en outre de la lactucine, des traces d'une huile essentielle, une substance grasse fort soluble dans l'éther et une autre peu soluble dans ce liquide, une résine rouge jaunâtre et insipide, une résine jaune verdâtre et âcre, du sucre, de la gomme, de l'acide pectique, un acide brun du genre de l'acide ulmique, une substance basique de couleur brune, de l'albumine végétale, de l'acide oxalique, de l'acide citrique, de l'acide malique, de l'acide nitrique, de la potasse, de la chaux et de la magnésie. L'acide décrit par Pfaff et Link sous le nom d'*acide lactucique* n'est autre chose que l'acide oxalique.

La matière amère cristallisable que M. Walz a trouvée dans le suc laiteux de la laitue vireuse diffère de celle que M. Aubergier a signalée dans son lactucarium par des caractères assez tranchés, ce qui s'explique facilement du reste, les deux produits n'ayant pas la même origine. La substance que M. Walz appelle lactucine est assez soluble dans l'eau à froid; elle est soluble également dans l'éther, tandis que la matière isolée par M. Aubergier est presque insoluble dans l'eau froide et complétement insoluble dans l'éther. On ne trouve pas dans les produits obtenus par M. Walz la mannite que M. Aubergier assure exister en très forte proportion dans le suc laiteux qu'il a analysé.

Un auteur s'est encore occupé du moyen de se procurer facilement du lactucarium. Voici ce procédé proposé par M. Arnaud de Nancy. On cultive 24 ou 96 ou un plus grand nombre de laitues-choux ou laitues de Batavia; lorsque ces laitues sont montées, mais avant le développement des rameaux latéraux, il faut couper la tige de 12 plants un peu au-dessous de la naissance de ces rameaux, dresser de haut en bas la partie retranchée contre chaque plant; les 12 plants coupés, et étant revenu au premier, on trouve une exsudation laiteuse sur la partie retranchée et sur celle qui reste fixée au sol; on recueille adroitement cette exsudation avec le bout du doigt qu'on râcle ensuite sur le bord d'un petit verre; on continue la même opération sur 12 autres têtes, et ainsi de suite. Le surlendemain on la réitère sur chaque portion du plant tenant au sol, en enlevant seulement une rondelle de trois millimètres. On continue ainsi tous les deux jours jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la racine. On obtient ainsi 15 fois plus de lactucarium qu'en opérant par pression. Le suc étant recueilli, il se coagule; on divise en fragments de 6 millimètres qu'on place sur des assiettes très près les uns des autres sans se toucher. On laisse sécher pendant deux jours, puis on réunit ces petits fragments dans un flacon bien bouché.

Nous allons maintenant nous occuper d'exposer les propriétés thérapeutiques du lactucarium. Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont comparé le lactucarium à l'opium. Cette comparaison a paru aussi bien fondée sous le rapport de l'action médicale que sous celui des caractères physiques, au docteur Coxe qui a expérimenté le lactucarium à Philadelphie; à Duncan et à quelques-uns de ses compatriotes qui l'ont expérimenté à Édimbourg; et enfin au docteur Bidault de Villiers qui a répété en France les expériences faites en Amérique et en Angleterre. Tous ces observateurs se sont accordés pour reconnaître que le lactucarium possède les propriétés calmantes de l'opium sans en avoir les inconvénients, c'est-à-dire qu'il ne produit ni la constipation opiniâtre, ni la congestion cérébrale, ni l'inappétence qui accompagnent souvent l'usage de ce médicament.

Nous allons maintenant exposer le résumé des observations thérapeutiques de M. Bertrand, professeur à l'école de Clermont. Voici comment il s'exprime sur les propriétés thérapeutiques du lactucarium. « Le sirop et les pilules de lactucarium ont été administrés concurremment à un certain nombre de malades; l'un et l'autre jouissent de propriétés sédatives marquées, moins puissantes toutefois que celles de l'opium. Mais ils possèdent sur ce dernier un avantage précieux; jamais leur usage, même prolongé et à des doses assez fortes, n'est suivi des douleurs de tête, des bourdonnements, de l'injection de la face, du sentiment de malaise général, de l'élévation et de la dureté du pouls, qui succèdent presque inévitablement à l'action un peu soutenue de l'opium; on n'aperçoit rien enfin de la congestion et de l'excitation cérébrales déterminées par ce dernier.

« Sous ce rapport donc, et la chose n'est pas sans importance, le lactucarium doit être préféré toutes les fois qu'il faut obtenir un effet sédatif général, sans intéresser le cerveau aussi fortement que le fait l'opium. Ainsi, des faits acquis par les premières expérimentations, l'on est autorisé à conclure que l'on se trouvera bien du sirop et des pilules de lactucarium dans un grand nombre de ces affections désignées vaguement sous le nom commun de névroses; affections qui peuvent s'aller porter tour à tour sur tous les organes sans y déterminer d'ailleurs aucune lésion grave, aussi capricieuses et variées dans leurs formes qu'insaisissables dans leur nature. Souvent, au reste, elles se montrent en même temps qu'une maladie organique grave, soit qu'il y ait une simple coïncidence, soit qu'elles dérivent de cette affection elle-même. Dans ce cas encore le lactucarium se montre utile, non point certes qu'il ait action sur le mal essentiel, mais il diminue ou fait disparaître complétement un mal secondaire souvent très fatigant. C'est ainsi, par exemple, que dans un cas bien déterminé de phthisie pulmonaire, les pilules de lactucarium, à la dose de trois par jour, le matin, à midi et le soir, ont éteint d'une manière complète et durable, et dès le troisième jour, une toux fréquente, profonde, convulsive, empêchant tout sommeil, et usant ainsi avec une double rapidité les forces du malade.

« Les deux médicaments indiqués ont paru réussir d'une manière évidente dans quelques cas de gastralgie, de névralgie faciale et d'asthme purement nerveux, c'est-à-dire sans lésion appréciable de l'appareil pulmonaire ou circulatoire.

« La dose n'a jamais dépassé soixante grammes pour le sirop, et trente centigrammes pour les pilules. On a jugé inutile de pousser plus loin ces doses, un médicament de cette nature surtout ne devant prendre un rang sérieux dans la thérapeutique qu'à condition de présenter d'abord, eu égard aux grands hôpitaux, certains avantages d'économie, et surtout, en ce qui concerne la pratique générale, se montrer actif sans que les malades soient fatigués ou dégoûtés par la nécessité de le prendre sous un trop fort volume. »

Les faits qui ont été observés cette année à l'Hôtel-Dieu, où ce médicament a été administré dans des cas variés, ne sont peut-être pas aussi favorables au lactucarium. Mais, disons-le franchement, un médicament peut être bien au-dessous de l'opium et être encore excellent. Les auteurs qui ont vanté le lactucarium ont cherché à tort à déprécier l'opium, qui est et sera toujours le premier peut-être des agents thérapeutiques.

Le lactucarium a été essayé cette année dans trois services de l'Hôtel-Dieu, et particulièrement dans celui de M. Gueneau de Mussy, où des observations nombreuses sur son action hypnotique ont été recueillies avec beaucoup de soin par M. Demeaux et par M. Victor Thibaut. Comme ces recherches doivent faire l'objet d'un rapport académique, nous ne pouvons les publier aujourd'hui, mais nous les ferons connaître plus tard. Nous croyons cependant pouvoir dire actuellement qu'il résulte de l'ensemble des observations recueillies cette année à l'Hôtel-Dieu: que le lactucarium à la dose de 20 ou 30 centigrammes est un médicament hypnotique peu énergique; que son administration aux doses précitées ne présente aucun inconvénient; qu'il peut être avantageusement employé pour procurer du sommeil et du calme dans les cas d'affections pulmonaires et en particulier dans les bronchites et les phthisies. Il est à désirer d'après cela que le lactucarium devienne matière commerciale et remplace la thridace du Codex, qui ne mérite sous aucun rapport la confiance des médecins.

A. Bouchardat.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine pratique de Jean-Pierre Frank. Deux volumes in-8° Paris, J.-B. Baillière, 1842. Prix : 24 fr.

Il est peu de médecins qui ne connaissent cet ouvrage ou qui n'en aient entendu parler. Jean-Pierre Frank le fit paraître en 1792 sous le titre de *Epitome de curandis hominum morbis*. M. Goudareau en donna une traduction en 1824, qui fut bientôt épuisée, tant l'on mit d'empressement à se procurer l'œuvre de cet illustre médecin.

L'édition que nous annonçons aujourd'hui est la reproduction de la version de M. Goudareau ; mais elle l'emporte sur la première traduction par beaucoup d'additions très importantes : 1° on a ajouté à chaque chapitre des observations tirées des *Interpretationes clinicæ* de Frank, et traduites en français pour la première fois ; de sorte qu'on a l'exemple à côté du precepte, le fait à côté du dogme ; 2° on a augmenté la classe des névroses de publications faites par le fils de l'auteur, Joseph Frank, qui les avait rédigées aux leçons mêmes de son père ; 3° on a placé en tête de cet ouvrage une introduction de M. Double.

Jean-Pierre Frank est un médecin essentiellement praticien. Il appartient à cette célèbre école de clinique qui fut fondée à Vienne par l'impératrice Marie-Thérèse, et qui eut pour maîtres Van-Swiéten, de Haen, Stoll, etc. Frank a été avec Hildenbrand le dernier représentant de cette école qui s'est éteinte à Vienne sans se reproduire ailleurs. Depuis cette époque, en effet, on n'a jamais recherché aussi directement la guérison du malade. On a bien toujours eu la guérison pour but, c'est une vérité à dire, mais ce but était tellement enveloppé dans des études de pathologie spéculative qu'il n'était pas toujours facile de l'y apercevoir distinctement. Quand est-ce donc que nous aurons un traité de médecine pure, un véritable *Ratio medendi* dans lequel on mettra à profit toutes les richesses que l'art du diagnostic a acquises dans ces dernières années, pour les faire converger uniquement vers le soulagement ou la guérison des malades ?

En attendant cet ouvrage que nous appelons de tous nos vœux, nous pensons qu'on consultera avec beaucoup de fruit le traité de J.-P. Frank, et nous recommandons ce traité de préférence même à la *Nosophagie* de notre compatriote Pinel ; voici pourquoi : Pinel, absorbé par l'idée d'agréger la médecine aux sciences naturelles proprement dites, croit arriver à ce but en ne reconnaissant pas de maladies humorales, et en poursuivant de ses sarcasmes les médecins humoristes. Frank est plus sage, c'est-à-dire plus vrai, en ce sens qu'il n'est pas exclusivement solidiste ou humoriste. Le nosographe de la Salpêtrière, pour satisfaire à la classification des fièvres, ne reconnaît pas ou du moins n'envisage pas à part l'espèce des fièvres intermittentes. Le clinicien de Vienne se garde bien de ne pas faire les honneurs d'une mention spéciale à une entité pathologique aussi positive que celle des fièvres intermittentes. Loin de là, il commence par elles l'étude des fièvres, et il les place en tête de son ouvrage. Enfin, pour terminer ce court parallèle entre Frank et Pinel, nous dirons que le premier est plutôt clinicien, le second plutôt classificateur. Frank, fidèle au titre de son ouvrage, vous expose une maladie et vous la fait bien connaître, uniquement pour vous la faire bien traiter ; Pinel, non moins fidèle au titre du sien, ne présente l'histoire d'une maladie que pour démontrer au lecteur que cette maladie est rangée à sa véritable place, et que, par conséquent, la classification de sa nosographie est irréprochable.

Frank a divisé, comme l'on sait, toutes les maladies en sept classes qui sont subdivisées elles-mêmes en plusieurs ordres. Ces classes sont les *fièvres*, les *exanthêmes*, les *maladies impétigineuses*, les *flux*, les *rétentions* et les *névroses*. La classe des rétentions, qu'on ne comprend peut-être pas très bien au premier abord, renferme toutes les maladies dans lesquelles il y a une accumulation quelconque de matières inorganiques, organiques ou organisées. C'est dans cette classe que Frank fait entrer l'emphysème général, les hydropisies, les engorgements, les calculs, les vers, etc.

Cette classification a été l'objet de plusieurs attaques. Mais quelle est celle qui est restée jusqu'à présent pure de toute objection ? Le défaut principal de la division de Frank, c'est de ne pas envisager à part les maladies générales, telles que la syphilis, les scrofules, la chlorose, etc. Il résulte de cette disposition vicieuse que l'on rencontre bien dans telle ou telle classe quelques groupes symptomatologiques de l'affection générale, mais nulle part on ne voit le tableau réel et complet de la maladie.

Cette édition, avons-nous dit, est précédée d'une introduction de Double. Ce morceau contient une exposition des doctrines de ce médecin et une appréciation assez juste des méthodes contemporaines. Nous n'approuvons pas complétement les idées de Double sur la pathogénie, mais nous adhérons sans réserve au jugement qu'il porte sur la méthode numérique. « Si elle avait, dit-il, la prétention de proscrire l'induction et d'en prendre la place, je protesterais hautement contre une si dangereuse usurpation. Que si, plus modeste et plus réservée, elle se présente comme auxi-

liaire, comme le complément de l'observation, à ce titre elle rentre dans l'induction à laquelle elle prête un nouvel appui, et la médecine peut lui donner entrée chez elle (p. xxxj). »

Nous devons dire en terminant que le traité de J.-P. Frank est imprimé dans le format grand in-8°, à deux colonnes, sur beau papier, en caractères parfaitement nets. On a mis dans cette édition un soin, nous dirions presque un luxe, qu'on ne trouve que bien rarement dans les ouvrages de médecine.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du mois de novembre.

Présidence de M. Poncelet.

Dans la séance du 7 novembre M. Pariset a été nommé académicien libre. Sur 58 votants il a obtenu 42 voix.

M. Piorry, candidat au fauteuil que M. Double a laissé vacant, adresse les conclusions d'un mémoire qu'il se propose de lire incessamment.

Dans les fièvres intermittentes, la rate est constamment ou volumineuse, ou douloureuse, ou altérée dans sa structure.

Le sulfate de quinine, en quelques jours, en quelques heures, souvent même en quelques minutes, produit une diminution dans le volume de la rate, et prévient le retour de la fièvre intermittente qui, dans ces cas, en est la conséquence.

Au moyen de la plessimétrie, on découvre que la rate est volumineuse ou qu'elle est le siége même de la douleur, et cela dans un grand nombre de cas où, par d'autres procédés, on ne pourrait s'en assurer.

Mémoire sur les lois générales de la population, par M. Pouillet.

Appelé à faire partie d'une commission qui s'impose la tâche difficile de constater les souffrances véritables de nos départements vinicoles, d'en rechercher l'origine et de découvrir, s'il est possible, un remède au mal dont ces départements se plaignent depuis tant d'années, M. Pouillet a été conduit à examiner quelle est la partie de la population de la France qui se livre à la culture de la vigne, et à établir les lois relatives suivant lesquelles cette population se développe et s'accroît.

Il en est résulté un premier fait qui n'est pas sans intérêt; c'est que les 8 à 9 millions d'habitants qui sont répandus dans les départements les plus essentiellement vinicoles ne participent pas dans la mesure commune à l'accroissement rapide de population qui se manifeste dans le reste de la France. S'il est vrai, comme on l'admet en général, que le signe le plus certain de la prospérité d'un pays se trouve dans l'accroissement de sa population, il est permis de conclure que nos pays de vignobles éprouvent au moins un malaise relatif, qui mérite la sollicitude du gouvernement.

M. Pouillet entre ensuite dans de grands développements, et signale un fait curieux, savoir : que la population des hommes prend un accroissement plus rapide que la population des femmes.

Emploi du lactate de quinine dans les fièvres intermittentes, par M. le prince Lucien Bonaparte.

Les journaux de médecine ont beaucoup parlé, depuis un mois, d'une communication faite l'année dernière, à une séance du congrès scientifique de Florence, par M. le prince Lucien Bonaparte, sur le lactate de quinine et son emploi dans les fièvres intermittentes.

D'après M. Bonaparte, ce nouveau sel aurait des avantages marqués sur le sulfate de quinine; la principale raison qui l'a porté à l'employer serait fondée sur sa solubilité plus grande que celle de ce dernier.

M. le docteur J. Conté écrit à l'Académie pour réclamer la priorité de l'idée de l'emploi du lactate de quinine dans les fièvres intermittentes.

Plusieurs médecins, entre autres M. Briquet, s'occupent, comme on sait, d'étudier l'influence du sulfate de quinine, administré à hautes doses, sur le cours du rhumatisme articulaire aigu et chronique. La plus grande solubilité du lactate de quinine devrait peut-être faire préférer l'emploi de cette préparation de quinquina dans les essais que l'on tente en ce moment. Car on sait que l'insolubilité presque complète du sulfate de quinine gêne souvent son administration à haute dose.

M. Aubergier, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse un mémoire *sur le lactucarium*. Nous renverrons nos lecteurs au travail de M. Bouchardat, sur le même sujet, page 26.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances du mois de novembre.

Présidence de M. Fouquier.

MM. Dumas, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut, et Mialhe, ex-pharmacien des hôpitaux, se portent candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicale.

Rapport sur l'emploi médical des eaux de Forges (Seine-et-Oise).

M. Patissier, dans son Rapport sur les eaux de Forges, constate d'abord que ce village offre une exposition très avantageuse pour la santé. On n'y observe ni goîtres, ni scrofules, tandis qu'on en rencontre beaucoup dans les environs. On y a construit deux grands établissements de bains, dirigés avec le plus grand soin.

L'analyse chimique n'a pu trouver dans ces eaux aucun principe salin actif; elles renferment une assez grande quantité de matières organiques. Cependant les médecins du pays attribuent à ces eaux la propriété de guérir les scrofules.

M. le rapporteur discute la cause de la guérison des scrofuleux envoyés aux eaux de Forges. Si toutefois la guérison a eu lieu, est-ce au village, si heureusement situé, ou à l'emploi de ses eaux que l'on doit attribuer une si heureuse terminaison, si réellement elle a été obtenue? Des faits nombreux, recueillis avec tout le soin que comportent les investigations contemporaines, pourraient donner une solution de la question thérapeutique. Mais ces faits manquent complètement; aussi ne sait-on rien à cet égard.

M. le rapporteur déclare enfin que de nouvelles expériences étant nécessaires, il serait utile, pour qu'elles pussent avoir une valeur irrécusable, que l'administration des hôpitaux de Paris envoyât à Forges plusieurs sujets scrofuleux qui auraient été préalablement soumis à l'examen d'une commission de médecins des hôpitaux. Il serait également nécessaire que, parmi ces scrofuleux, les uns fussent mis à l'usage des eaux de Forges, et que les autres ne fussent soumis qu'à l'influence du climat; on pourrait, en agissant ainsi, apprécier à sa juste valeur l'influence de ces eaux dans le traitement des maladies scrofuleuses. On pourrait également, pour éclairer encore cette question, faire boire, à Paris, dans les hôpitaux, des eaux de ce pays à des scrofuleux. Ces dernières conclusions, adoptées par la commission, ont été proposées à l'Académie par MM. Delens, Rochoux, Guersent et Guibourt.

M. Diday envoie une observation d'hémiplégie faciale du côté gauche, avec déviation considérable de la luette à droite. La déviation de la luette a disparu graduellement avec les symptômes de l'hémiplégie. M. Diday regarde cette circonstance comme propre à établir l'intervention du facial dans les mouvements du voile du palais.

M. Briquet lit une note sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme articulaire. Nous en avons parlé dans notre *Revue critique*.

Mémoire sur la stupidité, par M. Baillarger, médecin de la Salpêtrière.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les aliénés, qu'on a désignés sous le nom de stupides, n'ont que les apparences de la stupidité. Il y a chez ces malades un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte après la guérison.

2° Le délire paraît être de nature exclusivement triste ; il est souvent accompagné d'idées de suicide.

3° L'état des aliénés stupides est principalement caractérisé par des illusions nombreuses qui jettent les malades dans un monde imaginaire.

4° La stupidité ne paraît être que le plus haut degré d'une variété de la mélancolie.

5° L'état des aliénés stupides offre beaucoup d'analogie avec les rêves.

Variole chez un nouveau-né.

M. Gérardin présente un enfant qui est né à la Maternité avec une variole confluente, dont les pustules sont très développées. La mère n'offre aucune trace de cette éruption, mais elle a été vacinée antérieurement.

Le cas de variole chez un nouveau-né dont la mère n'est point atteinte de cette maladie a été déjà signalé plusieurs fois. Ainsi Mauriceau vint au monde avec six grains de petite-vérole ; sa mère avait soigné l'aîné de ses enfants, qui mourut de la variole la veille où elle mit au jour ce célèbre accoucheur ; elle-même ne fut point affectée de variole à cette époque.

Les femmes qui accouchent d'enfants atteints de variole, et qui n'en sont point affectées elles-mêmes, ont été ordinairement vaccinées ou atteintes de la variole antérieurement.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement 8 fr. par an ; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue du Cherche-Midi, n° 42.

Nota. *Nos souscripteurs recevront, avec le numéro du 5 février, le titre imprimé du premier volume, et une couverture sur papier de couleur pour recevoir les numéros.*

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi ;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris ;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES.**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

FÉVRIER 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoires sur une épidémie de dysentérie *qui a régné à Versailles et dans ses environs, depuis les premiers jours d'août* 1842 *jusqu'au commencement d'octobre de la même année;* par M. PERRIER, *médecin-adjoint de l'hôpital de Versailles.*

Versailles est situé à l'ouest de Paris et domine le vaste bassin dont la capitale occupe le centre. Sa position géographique est généralement considérée, sous le point de vue médical, comme très favorable.

Cette ville est assise sur le flanc Est d'une hauteur; de nombreuses avenues la traversent en tous sens ; ses rues sont larges, sèches et propres. Elle est abritée contre les vents du Sud; mais ceux d'Est, Sud-Est, Ouest et Nord y trouvent un facile accès. Des bois l'environnent; ses eaux lui viennent ou de la Seine par les conduits de Marly, ou des étangs qui se trouvent sur un plateau Sud qui la domine.

Les eaux qui viennent de ces étangs sont distinguées des eaux de Seine à cause de leur saveur et de leur couleur opaline, et connues sous le nom d'eaux *douces* ou d'eaux *blanches*. Elles arrivent par des tranchées longues de plusieurs lieues et traversent les arcades de Bucques qui leur servent de conduit. Le réservoir des eaux de Seine se trouve dans le quartier *Notre-Dame*, à la gauche du château; celui des eaux blanches a été placé dans l'ancien quartier ou quartier Saint-Louis.

On rencontre dans le voisinage de Versailles, de l'est à l'ouest, en traversant son côté sud, de nombreuses pièces d'eau stagnante dont le niveau varie aux différentes époques de l'année.

La population militaire de Versailles est répartie assez également dans les divers quartiers; cependant les casernes sont plus nombreuses dans l'ancienne ville, au sud-est, et le quartier *Notre-Dame*, situé au nord, est celui qui en compte le moins.

Les anciens bâtiments dans lesquels les troupes se trouvent casernées datent du règne de Louis XIV, et remplissent toutes les conditions exigées pour de bonnes casernes.

L'hôpital militaire, spacieux et heureusement distribué, se trouve placé sur la ligne qui, de l'est à l'ouest, sépare la ville en deux portions distinctes; il occupe en même temps un des points culminants de l'amphithéâtre qui regarde Paris.

Quoique les avantages inhérents à la position et au mode de construction des casernes, quoique les exigences du service militaire, moins lourdes à Versailles qu'à Paris, fassent qu'ordinairement le nombre et la gravité des maladies soient comparativement plus grands dans cette dernière ville, il n'en est pas moins vrai de dire que, chaque année, la population militaire de Versailles est éprouvée par des épidémies qui sont empreintes d'un cachet de gravité que rien ne semble expliquer, et qui changent, pour un temps plus ou moins long, l'heureux état de sa constitution médicale.

L'année 1838 y vit éclater, au printemps, une épidémie de rougeole qui fut, il est vrai, bénigne: en 1839, la même épidémie reparut; mais cette fois elle fut grave, par suite de l'extension que prit l'exanthème en envahissant la muqueuse bronchique; cette forme de la rougeole enleva quarante militaires environ. L'été de 1840 fut signalé par une remarquable épidémie de méningite que le monde médical a pu connaître par la lecture d'un mémoire envoyé à l'Académie de médecine de Paris par le médecin en chef de l'hôpital militaire. En 1841, une épidémie dysentérique donna pour résultat 32 décès sur 113 cas. Enfin, c'est au mois d'août 1842 que se déclara cette dernière épidémie dysentérique dont nous chercherons à nous rendre compte dans le cours de ce travail.

Voyons d'abord quelles étaient les conditions dans lesquelles se trouvait la garnison de Versailles avant les épidémies dysentériques, et ce qu'elles sont depuis.

Versailles fut longtemps la garnison privilégiée des troupes royales; depuis 1830, elle ne reçoit plus que des troisièmes bataillons ou bataillons de dépôt. Les dépôts appartiennent à des régiments casernés à Paris. Les deux premiers bataillons sont, préalablement à leur entrée dans la capitale, complétés, aux dépens du troisième bataillon, d'hommes valides et déjà faits au service. Le troisième en revanche reçoit et instruit les nouvelles recrues. Les hommes malades envoyés aux hôpitaux de Paris sont immédiatement remplacés par les hommes d'élite du dépôt; et lorsqu'après un long séjour à l'hôpital ils sortent, c'est pour être dirigés sur le dépôt qui, pour ces divers motifs, se compose toujours d'hommes chétifs, de convalescents, ou enfin de recrues.

Le nombre des bataillons de dépôt casernés à Versailles varie ordinairement de 4 à 6. Indépendamment de ces troupes d'infanterie, la garnison compte toujours 1 ou 2 régiments de cavalerie au complet.

Les malades de la garnison sont traités à l'hôpital militaire qui reçoit encore les hommes de Courbevoie, de Saint-Cloud, et de plusieurs petits cantonnements.

Les conditions dans lesquelles se trouvaient depuis longtemps les militaires qui appartiennent à la place de Versailles n'ont pas été changées; celles dans lesquelles étaient placés les hommes cantonnés l'ont été beaucoup. Jusqu'en 1840 les soldats étaient livrés, dans ces cantonnements, à une oisiveté complète; mais depuis cette époque plusieurs compagnies ont été baraquées et les hommes qui les composaient employés dans les carrières à l'extraction de la pierre et aux mouve-

ments de terrains nécessités par l'établissement des forts et des lignes de l'enceinte parisienne.

Ces changements ne concernent que l'infanterie qui seule prend part aux travaux de construction ; rien n'a été changé pour la cavalerie.

Peut-être les recherches à faire sur la nature du service auquel chaque militaire avait été astreint aurait eu plus d'importance, si l'épidémie qui fait le sujet de ces notes avait porté spécialement sur l'infanterie ; mais, loin de là, les cavaliers en ont souffert plus que les fantassins qui semblaient placés dans des conditions bien moins favorables.

Si maintenant nous recherchons quelles étaient les conditionns atmosphériques qui ont préexisté à l'épidémie dysentérique de 1842 et de celles qui l'ont accompagnée, nous voyons qu'après un hiver rigoureux et terminé par des brouillards et des pluies abondantes, le printemps a été précoce et beau. Les pluies ont été rares vers sa fin, plus rares encore l'été qui l'a suivi. Le troisième trimestre de cette année a été remarquable par sa température élevée non moins que par la continuité de sa sécheresse. Les premiers jours de septembre ont été rafraîchis par des pluies d'orage ; mais ce n'est que vers la deuxième quinzaine de ce mois que des pluies abondantes ont amené avec elles un abaissement brusque de la température.

Pendant le mois de juillet dont les journées brûlantes sont encore dans la mémoire de tous, la constitution médicale saisonnière n'a pas montré ce que l'on a droit d'attendre et de redouter de semblables conditions atmosphériques. La forme bilieuse a été rare dans les maladies ; les encéphalites, les congestions cérébrales n'ont rien présenté de prédominant, et les affections à formes intermittentes ont continué d'être fréquentes, comme elles le sont à Versailles et dans les environs surtout. Nous ne voulons pas dire pour cela que ces conditions défavorables de juillet aient été impuissantes à produire des maladies, car on sera peut-être bientôt conduit à les accuser d'avoir préparé l'épidémie dysentérique qui a débuté pendant le cours du mois d'août ; nous voulons dire seulement qu'elles ont été impuissantes à produire des désordres immédiats.

Pendant le mois de juillet, sur 108 malades reçus dans une des divisions de fiévreux, 25 étaient atteints de pyrexies du type tierce ou quotidien, toutes ou, pour la plupart, assez indépendantes de lésions organiques, pour que l'administration du sulfate de quinine, rendue dans certains cas plus efficace par la prescription préalable ou simultanée d'une ou de deux saignées, en ait constamment triomphé. Huit malades seulement sont entrés atteints de maladie aiguë du parenchyme pulmonaire ou de la membrane muqueuse. Les maladies du canal alimentaire y ont été plus nombreuses que celles de la cavité thoracique ; elles se sont montrées trente-huit fois, parmi lesquelles on doit compter treize cas de gastro-entérite et cinq de fièvre typhoïde. Les entéro-mésentérites de cette dernière forme ont pris à cette époque un caractère de gravité qu'elles n'avaient point encore présenté.

La continuité d'action des modificateurs hygiéniques que nous avons signalée et qui avait fait prédominer les fièvres intermittentes et les affections abdominales, rendit pendant le mois d'août ces résultats plus manifestes encore. Les maladies de la poitrine disparurent presque complètement (un seul cas); les fièvres typhoïdes, les gastro-entérites, les gastro-colites s'accrurent en nombre ; enfin c'est le 2 de ce mois que se présenta le premier cas de la dysenterie dont le génie épidémique ne tarda pas à se révéler.

Le service, dont nous venons de donner le mouvement pour le mois de juillet, reçut pendant le mois d'août 180 malades, parmi lesquels on comptait dix cas de congestion cérébrale, deux d'encéphalite, quatre d'érysipèle à la face, que l'on n'avait pas eu occasion d'observer en juillet.—Sur ces 180 malades la pleuropneumonie s'est montrée une fois; mais en revanche on a pu observer quarante-neuf

cas de fièvre intermittente, quatorze cas de gastro-entérite ou de gastro-colite, cinquante-trois cas de dysenterie et sept cas de fièvre typhoïde adynamique, quelquefois ataxique.

En septembre, nous retrouvons la dysenterie régnant avec les fièvres intermittentes, et la fièvre typhoïde à l'exclusion de toutes autres maladies. Vers la fin de ce mois seulement, au moment où la dysenterie se termine, apparaissent quelques cas de rhumatisme articulaire.

Nous pensons pouvoir faire remarquer, dès à présent, que pendant le mois qui a précédé l'épidémie dysentérique, et pendant les deux premiers mois de sa durée, les maladies que l'on a vues se manifester sont celles seulement qui ont un lien de parenté avec la maladie épidémique, soit par le siége des lésions; exemple : les gastro-entérites; les gastro-colites; soit par les causes auxquelles on les rapporte, exemple: la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes, et que leur réunion a formé une constitution médicale bien marquée dont les diverses formes ont ensuite trouvé une modification favorable dans un traitement à peu près identique.

Pendant les mois de juin, de juillet et d'août, le thermomètre a constamment marqué de 24 + 0 à 32 + 0° degrés centigrades.

Pendant les premiers jours de septembre il s'est élevé le plus souvent jusqu'à 24° + 0; vers le 15 il ne marquait pas plus de 10 à 15°.

Au 1er octobre il marquait 10 + 0.

La pression barométrique a varié de 75 cent. à 755 millim.

Les vents qui ont régné le plus souvent en juin, juillet et août, sont ceux d'ouest et de sud. C'est surtout pendant le mois de juillet que le vent du sud s'est fait sentir; sous son influence l'air raréfié devenait d'une température moins supportable qu'il ne l'était auparavant, par l'action directe des rayons du soleil, et les nuits étaient sans fraîcheur. Pendant tous ces mois l'atmosphère, plongée souvent dans une tranquillité parfaite, devenait brûlante même à l'ombre.

Ces conditions atmosphériques n'ont pas été spéciales; pour Versailles et pour sa garnison nous ne trouvons rien de particulier à signaler, si ce n'est qu'à ces époques de grande chaleur, plusieurs personnes ont pensé reconnaître à l'eau qui vient des réservoirs une odeur désagréable, et ont remarqué qu'elle laissait dans les vases un dépôt plus abondant que de coutume.

Si nous résumons ce que nous avons dit au sujet du théâtre de l'épidémie et de ceux qui en ont été les malheureux acteurs, nous trouvons :

A. *Pour Versailles.* 1° Position géographique favorable, air riche facilement renouvelé.—Eaux plus ou moins agréables, mais auxquelles on n'a jamais trouvé de qualités nuisibles.—Cependant voisinage d'eaux stagnantes.

2° Constitution médicale fixe, consistant en fièvres intermittentes sans gravité.—Toutes les autres affections y sont sans prédominance marquée, à part ce qui tient nécessairement aux changements de saisons, elles sont rares et peu graves si on les compare à ce qu'elles sont à Paris.

3° Constitution saisonnière spéciale à l'été de 1842, caractérisée par des fièvres intermittentes plus nombreuses, par des fièvres typhoïdes plus graves qu'elles n'ont coutume de l'être à Versailles. Prédominance des affections abdominales. (Toutes ces affections ont précédé et accompagné la constitution épidémique.)

B. *Pour la garnison.*—Casernes bonnes.—Alimentation régulière de bonne nature. —Les eaux auraient pris un goût désagréable à l'époque

des grandes chaleurs.—Travail d'exercice et de promenades militaires pour la garnison. Travail des carrières pour les hommes des cantonnements qui ont fourni plus de malades atteints de fièvres intermittentes que de maladies graves.

Marche, durée, terminaison.

Suivons maintenant la marche de l'épidémie depuis son origine jusqu'à son entière disparition.

L'épidémie dysentérique de 1842 débuta le 2 août, du moins ce fut ce jour-là qu'entrèrent à l'hôpital deux malades, les premiers qui en furent atteints. Une chose qu'il faut remarquer tout d'abord, et qui cependant n'est pas rare dans les épidémies graves, c'est que ces deux hommes qui, les premiers, avaient cédé à l'influence, moururent quelques jours après. Ces deux hommes appartenaient à la garnison de Versailles; l'un était un ouvrier du 3e de ligne dont la compagnie hors rang (cordonniers et tailleurs) était restée seule à Versailles; l'autre était cavalier au 9e cuirassiers. Ces deux hommes présentèrent dès le début les symptômes les plus graves que nous ayons observés pendant le cours de cette redoutable épidémie. Du 3 au 8 l'hôpital ne reçut que 3 malades pour lesquels l'issue de la maladie a été favorable.—Le 9, entra un cuirassier dont l'observation est des plus intéressantes, soit à cause de la gravité des symptômes qu'il a présentés, soit à cause de la durée de sa maladie. A partir du 9, l'épidémie se dessina nettement. Sur 3 malades entrés le 10, un succomba; sur 5 entrés le 11, un autre eut le même sort.

Le 15 août, le nombre des dysentériques reçus est de 13 sur lesquels 2 décès. La moyenne des entrées jusqu'au 31 est de 4 à 5 par jour. Le 31, le nombre en est de 12.

L'époque qui a fourni le plus de décès (nous les reportons encore ici à la date d'entrée) est celle qui est comprise entre le 10 et le 31 août.—Sur 22 décès observés pendant l'épidémie, 15 peuvent être rapportés à cette époque.

Les 10 premiers jours de septembre donnent encore 3 décès pour 46 cas. Mais à partir de ce moment les cas légers apparaissent, les cas graves sont moins nombreux; cependant l'abaissement de la température n'a pas empêché la manifestation de cas très graves dont la terminaison a été quelquefois aussi rapidement mortelle que dans les premiers temps de la maladie.

A partir du 3 octobre l'hôpital n'a pas reçu de dysentériques.

Nous donnons ici un tableau qui nous dispense de décrire plus en détail la marche de l'épidémie, puisqu'il la montre tout entière mieux que ne ferait un récit.

Il indique, pour chacun des jours de l'épidémie, le nombre d'entrants dysentériques avec indication en regard du nombre de décès supportés par ceux-ci.—Sur la même ligne, par l'effet de la décomposition du premier de ces nombres, il attribue à chaque corps de la circonscription le nombre de malades que ce corps a fournis ce jour-là. Enfin un (*), placé un peu en haut et à la gauche du chiffre régimentaire, indique le corps auquel appartiennent les décès portés en somme à la deuxième colonne.

TABLEAU

Tableau général de la marche de l'épidémie,

Du 2 août 1842 au 3 octobre de la même année.

DATES.	Nombre de cas entrés chaque jour.	Nombre de décès fournis par les entrées de ce jour.	INFANTERIE de ligne.					INFANTERIE légère.				CAVALERIE.			ARMES spéciales.	
			3e.	13e.	63e.	68e.	39e.	2e.	5e.	17e.	22e.	9e cuirassiers.	7e hussards	5e dragons.	Génie.	Infirmerie militaire.
Août.																
2	2	2	*3	»	»	»	»	»	»	»	»	*1	»	»	»	»
3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	1	»	«	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
5	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
6	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
9	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
10	3	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	*2	»	»	»	»
11	5	1	»	»	»	»	2	1	»	»	»	*2	»	»	»	»
12	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
13	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
14	4	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	*3	»	»	»
15	13	2	»	2	»	1	1	»	»	»	»	*4	5	»	»	»
16	4	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	*3	1	»	»	»
17	8	»	»	1	»	1	3	»	1	»	»	»	2	»	»	»
18	3	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»
19	3	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»
20	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	*2	»	»	»
21	3	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	*2	»	»	»
22	5	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	*1	*2	»	»	»
23	4	1	»	»	»	»	*1	»	»	»	»	»	1	2	»	»
24	4	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	2	»	»	»
25	4	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
26	5	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	*2	1	»	»	»
27	5	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»
28	5	1	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	*1	1	»	»
29	8	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	2	2	»	»	1
30	5	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»
31	12	2	»	*3	»	»	»	»	*4	»	1	1	3	»	»	»
Septe																
1	4	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»
2	6	»	»	1	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3	4	1	»	»	»	»	*3	»	»	»	»	3	»	1	1	»
4	9	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	»	»
5	6	1	»	2	»	»	»	*2	1	»	»	»	2	»	»	»
6	4	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»
7	3	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
8	4	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
9	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»
10	5	1	»	*1	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»
11	3	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
12	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
13	4	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»
14	3	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»
15	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
16	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
17	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
18	1	1	»	*1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
19	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
20	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
21	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
22	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»
23	4	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	*1	»	»	»
24	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
25	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
26	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
27	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»

DATES.	Nombre de cas entrés chaque jour.	Nombre de décès fournis par les entrées de ce jour	INFANTERIE de ligne.					INFANTERIE légère.				CAVALERIE.			ARMES spéciales.	
			3e.	13e.	65e.	68e.	39e.	2e.	5e.	17e.	22e.	9e cuirassiers.	7e hussards	5e dragons.	Génie.	Infirmerie militaire.
$Sept^{re}$																
28	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
29	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»
30	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»
Oct^{re}																
1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
2	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux.	191	22	1	23	1	19	19	7	17	4	1	32	55	6	1	3
Décès	»	»	1	3	»	»	2	1	1	»	»	7	7	»	»	»

Anatomie pathologique.

Nous pensons qu'il convient, pour donner une juste idée de l'épidémie, de décrire, avant tout, ce que nous ont offert les nécropsies.

Dans tous les cas que nous avons eus sous les yeux, les désordres anatomiques étaient localisés dans le gros intestin, et la valvule iléo-cœcale établissait une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades. Cependant 2 fois sur 22 nous avons rencontré une assez vive arborisation vers la fin de l'intestin grêle, et dans un de ces cas où la coloration rouge dépassait de 14 à 15 centimètres la valvule iléo-cœcale, on remarquait de petites ulcérations lenticulaires superficielles qui n'intéressaient que l'épithélium et qui formaient un semis serré sur cette portion de l'intestin. Les glandes de Peyer étaient saines, ou, si elles avaient quelque relief, ce n'était rien qui ressemblât aux lésions qui accompagnent la dothinentérie.

Les centres nerveux, les poumons étaient sains ; sur le cœur, à la face antérieure, nous avons remarqué plusieurs fois des taches bleues, sorte d'ecchymoses circulaires d'un centimètre de diamètre environ.

La vessie était le plus souvent contractée, contenait une petite quantité d'urine ; sa muqueuse était exempte de lésion.

A chaque ouverture, les désordres du colon étaient tels, que sa première vue a toujours fait jeter un cri d'étonnement à ceux qui étaient présents. Au premier aspect, cet intestin dont les membranes durcies, œdémateuses et hypertrophiées, avaient crié sous les ciseaux qui les divisaient avec peine, présentait une cavité noire, à surface couverte et imprégnée d'un détritus d'apparence et d'odeur gangreneuse qui eût fait dire à Pringle ce qu'il a dit en pareille occasion : « Nous ne décrirons pas le colon qui présentait un cloaque si infect et si confus, que nous « n'avons pu l'étudier. »

Cependant, contre l'exemple de l'observateur anglais, en n'écoutant pas la première répugnance, après le lavage, on suivait assez facilement les divers degrés d'altération des tuniques de l'intestin. Dans les cas les moins avancés en désorganisation, on trouvait à peine, en quelques endroits, des îlots de membrane muqueuse saine, capables de couvrir de leur étendue la surface d'une pièce de cinq francs.

Le premier degré d'altération semblait être une forte injection des vaisseaux

capillaires avec ecchymose dans leurs interstices. Cette altération s'accompagnait ordinairement du gonflement des cryptes muqueux, de l'apparition de petites sommités semblables à celles qui se produisent lorsque l'on dépose de la matière animale ou du sucre sur un fer très chaud; enfin de l'infiltration et de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux et de la tunique musculaire. Dans cet état de choses le sphacèle gagnait bientôt le sommet des mamelons; cette mortification s'étendait à leur base et donnait à la cavité de l'intestin une couleur grise ardoisée qui passait ensuite au noir. Les portions que le sphacèle avait frappées les premières se détachaient ensuite en écailles et laissaient à leur place des cavités dont le fond tendait encore à se désorganiser. Par suite de ces pertes multiples, le corps muqueux, percé comme un crible, ne constituait plus qu'un réseau grisâtre placé au devant du tissu cellulaire sous-muqueux ou de la membrane musculaire que l'on apercevait selon que l'escarrhe avait été plus ou moins profonde. Toutes ces ulcérations se réunissaient en peu de temps pour ne plus former que de vastes ulcères à bords irréguliers et au fond desquels 25 ou 30 centimètres de membrane musculaire étaient le plus souvent à nu. Lorsque les malades ne succombaient pas à ces désordres, la membrane musculaire se perforait, la séreuse ne résistait pas longtemps, et d'énormes perforations (l'une d'elles avait 15 centimètres de long) amenaient des péritonites sur-aiguës mortelles en 20 heures environ. Dans le cas de perforation que nous venons de signaler spécialement, le jéjunum, réuni par des adhérences au gros intestin, avait dû empêcher pendant quelque temps l'épanchement abdominal.

Dans quelques cas, où l'épaississement des tissus avait été moins manifeste, la membrane muqueuse primitivement fort injectée, puis ramollie, avait abandonné l'intestin dans presque toute son étendue, si bien qu'il n'en restait de loin en loin que de petites portions du volume d'un gros pois, semblables à des gouttelettes de gelée de groseille mêlée à un peu de son écume, ou comparables à de petites tumeurs fongueuses.

(La fin à un prochain numéro.)

Lettres à M. Bretonneau sur les maladies des enfants.

De l'époque du serrage, dans ses rapports avec l'évolution des dents de lait.

Paris, le 1er février 1843.

MON CHER MAITRE,

Dans une des lettres que je vous ai écrites en 1841, j'ai fait voir que, chez les enfants à la mamelle, les dents sortent par groupes : *dentes catervatim erumpunt.* J'ai fait voir que la première dentition s'accomplissait en cinq temps : premier groupe, deux incisives inférieures; deuxième groupe, quatre incisives supérieures; troisième groupe, quatre premières molaires et deux incisives latérales inférieures; quatrième groupe, quatre canines; cinquième groupe, quatre dernières molaires. Ainsi, pour le nombre, nous avons, 2, 4, 6, 4, 4, dents, total 20.

L'époque à laquelle sortent ces cinq grouppes de dents est assez peu certaine; pourtant, en général, on peut l'établir *à peu près* de la manière suivante :

1er *groupe.* — 2 incisives médianes inférieures, vers l'âge de 7 à 8 mois.

2e *groupe.* — 4 incisives supérieures, de 11 à 12 mois.

3e *groupe.* — 4 premières molaires, deux incisives latérales inférieures, vers l'âge de 17 à 18 mois.

4e *groupe.* — 4 canines, vers l'âge de 2 ans.

5e *groupe.* — 4 dernières molaires, vers l'âge de 30 mois.

Mais, ainsi que je l'ai dit ailleurs, l'époque de chaque éruption peut varier singulièrement. Ainsi, tandis que des enfants peuvent naître avec des dents, dans quelques cas, la première éruption peut n'avoir lieu qu'à 2 ans.

Ainsi, mon cher maître, voici un fait bien établi, sur lequel je ne veux plus revenir, c'est-à-dire qu'en général les dents sortent par groupes.

Mais il importe surtout de connaître la durée de l'éruption de chaque groupe ; à cette condition seule, il nous sera possible d'apprécier l'étendue de l'intervalle qui sépare l'apparition des dernières dents d'un groupe de celle des premières dents du groupe qui suit immédiatement.

Le premier groupe se complète en 24, 48 heures ; rarement l'éruption des deux dents dure plus de 8 jours; et comme le second groupe ne commence à sortir que 3 ou 4 mois plus tard, l'intervalle est ordinairement de 3 mois.

Cet intervalle de repos est ce que j'appelle *le temps d'arrêt.*

Les 4 dents du 2e groupe mettent à sortir, ordinairement, 1 à 2 mois. Il y a alors 3, 4 et jusqu'à 5 mois d'intervalle jusqu'à l'apparition du 3e.

Le 3e groupe sort dans l'espace de 1 à 3 mois. Le temps d'arrêt est alors de 4 à 6 mois.

Les dents du 4e groupe se succèdent assez lentement, leur éruption se complète le plus souvent dans l'espace de 2 mois. Le temps d'arrêt n'est guère moindre de 4 mois.

Enfin, le 5e groupe met à peu près, pour sortir, le même temps que le 4e, et l'intervalle qui le sépare de l'éruption des dents dites de 5 ans est de près de 3 ans. Je me résume donc, et je dis qu'après l'éruption de chaque groupe de dents il y a un *intervalle*, un *temps d'arrêt* ordinairement assez long.

C'est là la règle. Est-ce à dire que les dents suivent toujours, dans leur évolution, l'ordre que j'établis ici; non certes. Il y a de nombreuses anomalies. Il arrive trop souvent que l'évolution des dents de chaque groupe se fasse très lentement, de telle manière que le travail d'évolution du groupe suivant soit dans toute sa violence, quand celui du groupe précédent n'est pas encore terminé. C'est là une condition très fâcheuse, mais heureusement exceptionnelle.

Tout ce que je dirai ultérieurement, mon cher maître, ne s'appliquera qu'aux cas ordinaires; nous nous occuperons plus tard de l'exception.

Ces propositions établies, voyons quelles seront les conséquences pratiques, et d'abord pour ce qui concerne le sevrage.

En général, la santé des enfants reste bonne jusqu'à l'époque de la dentition. Elle commence alors à s'altérer. Les diarrhées, les ophthalmies, les exanthèmes appelés *feux de dents*, les catarrhes aigus deviennent alors très communs. Il est d'observation que les accidents qui accompagnent l'évolution dentaire vont généralement croissant, de telle sorte que ces accidents sont plus nombreux et plus graves lors de l'évolution du troisième groupe que pendant l'éruption du premier ou du second. Cette progression, toutefois, s'arrête au quatrième groupe; car les quatre dernières dents sortent ordinairement sans grand dommage pour l'enfant.

En vérité, mon cher maître, on est toujours forcé d'admirer ces actes providentiels par lesquels la vie s'entretient et se conserve. Après les accidents qui sont causés par l'évolution de chaque groupe de dents, il y a un temps d'arrêt, pendant lequel les fonctions troublées reprennent leur énergie, et mettent l'enfant dans des conditions telles qu'il puisse lutter avec avantage contre les causes de maladie qui vont l'assaillir de nouveau.

Mais de tous les accidents de la première enfance, celui qui, par sa gravité, par sa fréquence, par sa durée, par l'ignorance des parents, par la négligence des médecins, compromet le plus sérieusement la vie des enfants, c'est à coup sûr la diarrhée.

La diarrhée, ou plutôt l'entérite, dont la diarrhée n'est que l'expression, tue peut-être plus d'enfants que toutes les autres causes de mort réunies.

Or la diarrhée, tant que l'enfant tète, n'a ordinairement que bien peu de danger,

Laisser l'enfant au sein, supprimer toute autre alimentation, donner quelques lavements émollients, appliquer des cataplasmes, éviter l'impression du froid; tels sont les moyens hygiéniques qu'il suffit ordinairement d'employer, et auxquels la maladie résiste bien rarement.

Toutefois, on ne peut se dissimuler que, chez quelques enfants, la diarrhée persiste, malgré ces moyens, pendant la fluxion dentaire, pour cesser aisément dès que toutes les dents du groupe sont sorties.

Mais si la diarrhée, chez l'enfant qui tète, peut être considérée comme une indisposition assez simple, il n'en est plus de même chez l'enfant que l'on sèvre, ou qui vient d'être sevré. Bien souvent alors on voit, sous l'influence de la nourriture nouvelle, les signes de la gastro-entérite la plus violente se manifester tout-à-coup, et les enfants meurent en quelques jours avec des symptômes cholériformes, symptômes que l'on regardait à tort comme le signe du ramollissement de l'estomac, mais qui, au contraire, ainsi que l'autopsie cadavérique m'a permis trop souvent de le constater, sont dus à une inflammation très véhémente de la membrane muqueuse du gros intestin.

Le régime le meilleur, le mieux suivi, l'hygiène le mieux dirigée, restent bien souvent insuffisants; quoi qu'on fasse, la diarrhée persiste long-temps, si elle ne prend pas la forme aiguë que j'indiquais tout à l'heure.

Rien ne remplace le sein de la nourrice.

D'où il suit que, en thèse générale, il ne faut sevrer les enfants qu'après l'éruption du quatrième groupe de dents, c'est-à-dire des canines, par conséquent vers l'âge de 2 ans. Les raisons qui doivent déterminer le médecin à donner ce conseil, c'est, d'abord, que vers l'âge de 2 ans, l'enfant aura beaucoup plus de force; que, pourvu de 16 dents, il pourra mâcher; et enfin que, depuis plus d'un an, on l'aura insensiblement accoutumé à une nourriture analogue ou semblable à celle qu'on lui donnera au moment du sevrage.

Mais l'état de santé de la mère ou de la nourrice, quelques considérations de fortune, de position sociale et mille autres motifs pourront déterminer les familles, à sevrer un enfant avant l'époque où un médecin prudent conseillerait de le faire; et ici ce sera au médecin, à son habile direction, que devra être confiée la santé si précaire de l'enfant que l'on va priver trop tôt du sein maternel.

Je suppose d'abord qu'un accident de force majeure n'oblige pas à sevrer un enfant brusquement, et dans un moment tout-à-fait inopportun.

Je suppose donc que le médecin sera consulté, et que, ne pouvant pas décider les parents à conserver une nourrice à l'enfant jusqu'après la sortie de la 16e dent, il devra choisir l'époque la plus convenable au sevrage.

Ici, mon cher maître, s'appliquent les diverses considérations dans lesquelles je suis entré dans le commencement et dans le cours de cette lettre.

S'il est une fois bien établi qu'après l'éruption de chaque groupe de dents il y a un temps d'arrêt pendant lequel cessent ordinairement les accidents qui accompagnaient l'évolution dentaire, il devient évident qu'il faudra faire coïncider l'époque du sevrage avec ce temps d'arrêt. De cette manière, l'enfant, dont les entrailles seront moins irritables, s'habituera aisément à la nourriture nouvelle qu'on lui imposera, et lorsque, trois ou quatre mois plus tard, se développeront les accidents qui accompagnent ordinairement l'apparition des dents, cette nouvelle phase trouvera le jeune malade déjà parfaitement accoutumé à sa nourriture nouvelle, et par conséquent à peu près dans les mêmes conditions que celles où il se trouverait s'il tétait encore.

Mais, pendant la période d'arrêt dont je vous ai parlé, il convient encore de prendre son temps. En effet, il arrive que, lorsque l'évolution d'un groupe de dents est achevée, l'entérite persiste encore pendant une, deux semaines et même davantage. Il est bien entendu que, avant de permettre le sevrage, on aura par-

faitement guéri la diarrhée, et qu'il se sera écoulé au moins 10 ou 15 jours depuis la guérison. On comprend encore aisément que si la rougeur des gencives, la salivation, l'inquiétude de l'enfant, l'érythème des joues annonçaient qu'incessamment un nouveau groupe de dents va commencer à sortir, il faudrait lutter avec énergie contre la volonté des parents, et ne pas permettre le sevrage avant que l'évolution de ces nouvelles dents ne fût terminée.

En voilà bien long, mon cher maître, pour dire en fin de compte assez peu de chose; mais ne savez-vous pas mieux que moi que les choses les plus simples, les plus évidentes, les plus faciles à connaître, sont précisément celles que nous connaissons le moins? Bien occupés, durant notre pénible noviciat, des grandes questions de la médecine, nous ne daignons pas abaisser nos regards sur les vulgarités du métier, et nous avons grand'peine, un peu plus tard, à descendre des hautes régions d'où nous rappelle la pratique, la pratique, cette œuvre de patience, de petits riens, d'importantes minuties, sans lesquelles il y a peut-être des savants, mais jamais de bons guérisseurs, d'utiles artistes, dans le sens le plus humble du mot.

Mille affectueux compliments.

A. TROUSSEAU,
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris.

Nouvelles recherches sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu *par le sulfate de quinine à haute dose;* par M. BRIQUET, *médecin à l'hôpital Cochin, agrégé de la Faculté de Médecine.*

Depuis le mémoire que j'ai présenté à l'Académie de médecine jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis le milieu du mois de novembre, il s'est présenté dans mes salles de l'hôpital Cochin vingt-sept nouveaux cas de rhumatisme aigu, qui tous ont été traités par le sulfate de quinine à haute dose.

Je vais esquisser le tableau de ces nouveaux faits.

Les malades qui le composent comprennent seize hommes et onze femmes. Leur âge varie dans les proportions suivantes : de 15 à 20 ans, 3 malades; de 20 à 30 ans, 12 malades; de 30 à 40 ans, 6 malades, et de 40 à 50, 6 malades.

Près de la moitié d'entre eux étaient des sujets forts et bien constitués ; l'autre moitié se composait de personnes faibles, les unes chétives, et les autres anémiques ou fortement étiolées.

Les deux cinquièmes de ces individus avaient déjà été pris de rhumatismes à des degrés divers.

Ils étaient pour la plupart malades depuis un petit nombre de jours lorsqu'ils ont été amenés à l'hôpital ; ainsi 16 étaient pris depuis un laps de temps qui varia de 4 à 8 jours, 5 l'étaient depuis 10 à 15 jours.—Les autres étaient affectés depuis plus longtemps; 4 avaient de 6 semaines à 3 mois de rhumatisme lorsqu'ils vinrent réclamer mes soins.

Chez ceux qui étaient malades depuis peu de temps, le traitement avait été nul ; mais ceux qui étaient affectés depuis longtemps avaient été traités plus ou moins activement, l'un par les saignées répétées, les autres par les sangsues et par les opiacés.

Lors de leur entrée, les malades étaient dans l'état suivant :

Les phénomènes locaux du rhumatisme consistaient en des douleurs aux articulations, le long des gaines tendineuses, aux bourses celluleuses, et sur le corps de certains muscles.

Chez la plupart, ces douleurs étaient continuelles, même dans l'état de repos,

mais le mouvement des articulations malades ou les pressions extérieures les augmentaient d'une manière notable. Chez quelques-uns seulement, il n'y avait de douleurs que lorsqu'on remuait ou qu'on pressait les parties affectées.

A l'exception de trois cas, dans tous il y avait du gonflement autour d'une ou de plusieurs articulations.—Jamais ce gonflement ne fut phlegmoneux.

Le nombre des parties simultanément affectées fut variable : chez 9 malades, il y en avait de 10 à 15 ; chez 6 il y en avait de 6 à 8 ; chez les autres, de 2 à 3, et chez 2 femmes seulement il y avait une mono-arthrite du genou avec hydarthrose.

Les deux tiers des malades étaient pâles et décolorés, ou avaient la peau de la figure d'une teinte jaune paille ; un tiers seulement avaient la figure colorée, soit en rose, soit en rouge vif.

Encéphale. Il y eut de la céphalalgie chez un petit nombre de sujets, mais chez presque tous il y avait depuis plusieurs jours de l'insomnie occasionnée par l'intensité des douleurs rhumatismales.

Voies digestives. La langue était généralement blanche et humide ; chez 4 malades seulement elle était sèche, ou rouge ; chez 17 il y avait perte complète de l'appétit ; 3 avaient une diarrhée abondante, et de ces 3 une femme seulement offrait des signes évidents d'une gastro-entérite assez intense qui datait de près d'un mois.

Appareil respiratoire. La toux était peu notable ; une malade était prise d'une bronchite intense, et 4 offrirent les signes d'une pleuro-pneumonie à l'état d'hépatisation dans l'étendue d'un quart du poumon ; 3 eurent des douleurs pleurétiques sans signes d'épanchements.

Appareil circulatoire. Le pouls était au-dessus de 100 pulsations chez 4 malades ; il en avait de 90 à 100 chez 6, et de 70 à 90 chez 10, et en moyenne 89 pulsations. — On trouva les symptômes bien évidents de la péricardite, de l'endocardite ou de l'hypertrophie du cœur chez 10 malades.

La température de la peau était en rapport avec la fréquence du pouls.

Enfin une malade était dans la période de desquamation d'une scarlatine intense, et une autre venait d'accoucher.

En résumé, le rhumatisme pouvait être considéré comme grave chez 5 malades, comme fort chez 8, comme étant d'une intensité moyenne chez 6, et comme faible chez les 8 autres.

Dans mes premières recherches, j'avais opéré sur des doses élevées de sulfate de quinine, et n'en ayant éprouvé pour mon compte aucun inconvénient sérieux dans le rhumatisme aigu, je les avais continuées afin d'obtenir des résultats bien univoques. C'est sur ces doses qu'a été basé le travail que j'ai présenté à l'Académie. Mais une fois le fait bien établi, une fois l'influence du quinquina dans le rhumatisme bien constatée, il était important d'opérer sur des doses moindres que les précédentes. C'est ce que j'ai fait. Ainsi, sur cette série de 27 malades, 8 des plus gravement affectés prirent dès le début 4 grammes de sulfate de quinine en 24 heures, 13 en prirent 3 grammes, et les autres furent mis, soit à 25 décigrammes, soit à 2 grammes.

Le décroissement des doses a toujours suivi le décroissement des accidents rhumatismaux ; dans les cas où la maladie a été réfractaire au traitement commencé par des doses faibles, j'ai dû les augmenter graduellement, mais sans jamais dépasser 4 grammes par jour ; à l'exception d'un seul cas, la durée moyenne du temps pendant lequel le sulfate de quinine a été employé à haute dose, chez chaque malade, a été de 5 jours.—Cependant, chez quelques-uns, j'ai administré un gramme de sulfate par jour pendant un temps assez long, dans la vue, non pas de guérir les douleurs qui étaient dissipées, mais de modifier une constitution que le rhumatisme avait rendu anémique.

Durant ces 5 jours, ces malades ont pris en tout de 6 à 17 grammes, et le plus ordinairement de 10 à 12 grammes de sulfate de quinine.

J'ai constamment administré le sel en dissolution complète à l'aide de l'acide sulfurique dans une quantité de 180 grammes de véhicule ; par conséquent je n'ai donné que le bi-sulfate.

Je tiens beaucoup à donner le médicament sous cette forme, elle seule peut constituer une médication toujours identique, et permettre une absorption prompte et complète.

Elle offre l'inconvénient d'une amertume désagréable ; mais en édulcorant les potions avec un sirop acide tel que celui de groseilles, de cerises ou le sirop tartrique, ou bien encore en faisant sucer quelques tranches d'oranges après la prise de chaque cuillerée, on corrige cette amertume d'une manière fort notable. Quoi qu'en aient dit quelques personnes, sur la répugnance qu'elles ont rencontrée, je vois des sujets affectés de rhumatismes chroniques prendre chaque jour, depuis plus d'un mois et sans se faire prier, un à deux grammes de sulfate de quinine.

J'ai varié les doses en raison des circonstances suivantes :

Plus le rhumatisme avait d'intensité, plus les doses ont été fortes ; ainsi, j'ai donné 4 grammes dans les cas les plus graves et je me suis borné à 2 grammes pour les cas légers.

Plus les sujets étaient forts et bien constitués, plus on a pu leur faire prendre de sulfate. Chez les femmes, chez les personnes chétives, je me suis habituellement borné à ne donner que 2 ou 3 grammes par jour.

Plus la fièvre était vive, plus les doses ont été élevées ; aussi me suis-je ordinairement limité à 2 grammes pour les rhumatismes chroniques. En général, je me suis toujours guidé, dans la gradation des doses, sur la titubation qu'éprouvait le malade et sur la diminution du volume et de la consistance du pouls.

L'adjuvant ordinaire de cette médication a été la tisane de bourrache miellée, les cataplasmes émollients et le repos.

Je n'ai fait de saignées que lors de complication de bronchite, de pneumonie, de péricardite ou d'endocardite. Ces saignées n'ont été répétées que deux fois chez le même malade. On a fait aussi dans ces cas quelques applications de sangsues.

Un seul malade pléthorique affecté de rhumatisme simple a été saigné une fois. Le sang avait été couenneux.

Voici maintenant les résultats de cette médication.

Le premier, celui qui est le plus constant, est la cessation de l'insomnie ; dès la première, et au plus tard à la seconde nuit, les malades qui étaient privés du sommeil depuis plusieurs jours, et quelques-uns depuis longtemps, ont dormi suffisamment. Je vois en ce moment une malade qui ne dormait plus depuis plus de six semaines ; à la seconde journée du traitement, elle jouit d'un sommeil aussi parfait qu'en santé.

Cet effet, que le théoricien pourra mépriser comme peu digne d'occuper sa pensée, restera d'un grand intérêt pour le praticien, incessamment obligé de combattre les symptômes et fort heureux quand il trouve à sa disposition un moyen de procurer du soulagement au malade. Le retour du sommeil s'observe même chez des sujets chez lesquels les autres phénomènes rhumatismaux n'ont pas diminué notablement.

Le second a été la diminution plus ou moins prompte de la douleur et du gonflement des parties affectées de rhumatisme. Mais cette diminution a été moins rapide que dans certains cas indiqués dans mon premier travail, où les doses du sulfate de quinine avaient été plus fortes.

Après 24 heures de traitement, 15 malades ont été très notablement soulagés ; il y avait disparition de quelques-unes de leurs douleurs, et diminution de quelques autres. En général, il y eut également diminution dans la fréquence du pouls,

mais aucun malade n'était complètement débarrassé. Chez 5 malades le soulagement fut faible, et enfin chez 7 il n'y avait pas d'amélioration notable.

Après 48 heures, 2 malades n'avaient plus ni douleur ni gonflement, et ils étaient sans fièvre ; avec de plus hautes doses j'avais précédemment eu 8 guérisons au second jour sur 20 malades.

Dans le courant de la troisième journée, chez 5 malades, il n'y avait plus ni douleur ni gonflement, et chez eux il y avait eu de 4 à 12 parties affectées de rhumatisme. Chez 11 il ne restait plus que quelques légères douleurs sur une seule partie ; chez 3 il y avait une amélioration notable ; chez 3 l'amélioration était peu prononcée, c'étaient des sujets affectés de péricardite et de pneumonie.

Enfin 5 malades n'avaient éprouvé aucun soulagement : 2 avaient une hydarthrose du genou (on connaît la ténacité du rhumatisme mono-articulaire); le troisième était un sujet étiolé, malade depuis 3 mois, saigné 7 fois dans les premiers jours de sa maladie, puis couvert de sangsues et de vésicatoires, traité ensuite par les purgatifs et plongé par ce traitement dans un état d'anémie duquel l'habile médecin qui le voyait (M. le Dr Gratiot) eut toutes les peines à le tirer malgré l'emploi le mieux entendu des ferrugineux et du quinquina ; enfin les deux derniers étaient des cas de complication grave.

On a vu que, lors de l'entrée, la fréquence du pouls avait pour limites 120 et 60 pulsations, et pour moyenne 89. Au bout du troisième jour 5 malades seulement avaient le pouls au-dessus de 75 pulsations, ce furent les cas les plus graves, car 3 furent mortels ; 3 l'avaient de 70 à 75 ; chez les autres le pouls était normal ou au-dessous de 60, de telle sorte que la moyenne du nombre des pulsations fut de 62.

La diminution de la température de la peau suivit celle de la fréquence du pouls.

Parmi les malades notablement améliorés au troisième jour, les phénomènes rhumatismaux cessèrent complètement chez 2 sujets au quatrième jour, chez 1 au cinquième, et chez 4 au sixième, chez 2 au huitième, chez 2 au dixième, puis au douzième, au quatorzième et au vingt-deuxième jour chez un malade.

Enfin, des 3 malades qui n'obtinrent pas de soulagement dès l'abord, le traitement fut abandonné au bout de quatre jours chez deux qui avaient une hydrarthrose, le troisième éprouva de l'amélioration au bout d'une quinzaine de jours.

La disparition complète du rhumatisme ne fut pas définitive chez la plupart des malades sur lesquels elle eut lieu de bonne heure, c'est-à-dire du troisième au sixième jour ; elle ne le fut que chez quatre malades qui tous avaient un nombre assez grand de parties affectées de rhumatisme ; chez tous les autres il reparut des douleurs avec ou sans gonflement, quelquefois affectant plusieurs articulations, et le plus souvent ne siégeant que sur un point ; presque toujours cette réapparition n'a duré qu'un à deux jours, et a cédé soit spontanément, soit à l'emploi de quelques grammes de sulfate de quinine, soit à une application de sangsues lorsque la douleur était ou musculaire ou superficielle. Elle ne s'accompagnait pas ordinairement de fièvre ; et, en général, c'était peu violent. Chez deux malades qui avaient eu un rhumatisme intense, cette réapparition eut lieu deux fois.

Chez les malades qui furent débarrassés de leur douleur au delà du sixième jour de traitement, la cessation fut définitive, il ne leur resta plus que de la gène ou de la roideur ou de la faiblesse dans les parties primitivement affectées.

En ajoutant six jours, comme terme moyen, de la durée de la maladie avant le traitement, on trouvera que la majorité des malades était ou guérie ou très notablement améliorée du neuvième au douzième jour de la maladie.

L'appétit s'est le plus ordinairement développé de bonne heure ; aussi, chez onze malades, j'avais accordé des soupes du deuxième au troisième jour du traitement ; chez six, du quatrième au cinquième ; chez les autres, je n'en avais permis qu'à des époques plus éloignées.

Les complications n'eurent souvent aucune influence défavorable sur la marche du rhumatisme ; aussi, sur 16 cas dans lesquels il y avait concomitance d'une autre affection, neuf fois les phénomènes rhumatismaux avaient disparu du deuxième au sixième jour. Dans les autres cas ils se prolongèrent un peu plus longtemps, en raison de l'intensité du rhumatisme.

La marche de la pleuro-pneumonie ne fut pas suffisamment entravée par le sulfate de quinine, pour que j'aie dû me borner à cette médication ; j'y ai adjoint l'emploi des saignées et des sangsues.

Comme ces pneumonies furent sans expectoration ou sans crachats spéciaux, et qu'elles ne présentèrent d'autres phénomènes que ceux qu'on observe à l'auscultation, les troubles qu'elles occasionnèrent furent peu prononcés; dans le cas unique où la pneumonie était la seule complication du rhumatisme, et où elle était au 2e degré et avait une médiocre étendue, le pouls fut réduit au 3e jour de 85 pulsations à 70 ; mais la respiration bronchique persista jusqu'au dixième jour du traitement.

Les phénomènes de péricardite et d'endocardite n'ont pas semblé être influencés, comme ils l'avaient été par les doses élevées qu'avaient prises les malades de la série précédente ; chez ceux-là, j'avais plusieurs fois observé la disparition assez prompte de bruits de frottement de la région précordiale ; mais chez ceux ci, il n'en fut pas de même : presque tous les malades furent saignés une fois, plusieurs d'entre eux le furent deux fois, et l'un deux le fut trois fois. On leur fit en outre des applications de sangsues sur la région précordiale. Dans quelques cas, on employa le vésicatoire sur la poitrine. Chez 3 malades, il y avait en même temps coexistence de pleuro pneumonie ; chez un quatrième, il y avait concomitance d'un double épanchement séreux dans les plèvres.

Autant qu'on en pouvait juger par les antécédents, l'endocardite était ancienne sur la plupart d'entre eux.

Les douleurs rhumatismales disparurent en général aussi promptement que dans les cas où cette complication n'existait pas, puisque chez presque tous la douleur avait cessé du troisième au sixième jour ; cependant on trouve dans cette catégorie la malade qui, prise d'un rhumatisme universel avec pneumonie et endocardite, ne fut débarrassée de ses douleurs et des gonflements qu'au vingt-deuxième jour de traitement, et celui qui ne sortit de l'hôpital que soulagé après un mois de séjour, mais qui avait trois mois de rhumatisme traité très énergiquement par tous les moyens possibles avant son entrée à l'hôpital. Trois eurent un retour de douleurs assez intenses et assez générales, qui ne durèrent que deux jours. Les bruits de frottement du péricarde et de l'endocarde ne cessèrent complètement chez aucun d'eux, et ne diminuèrent que lentement chez plusieurs.

Le pouls descendit, au bout de quelques jours de traitement, à 70 et à 60 pulsations chez la moitié d'entre eux, tandis que chez les autres il ne se réduisit qu'à 80 et à 75 pulsations. Chez un malade qui succomba à une péricardite générale avec des fausses membranes et avec une double pneumonie au 3e degré, fort étendue, le pouls, qui était à 100 pulsations le premier jour, descendit les jours suivants à 75, où il se maintint presque tout le temps.

Plusieurs malades se rétablirent assez promptement, 4 d'entre eux sortirent de l'hôpital du dixième au dix-septième jour ; c'étaient ceux chez lesquels l'endocardite se bornait à des bruits de frottement qui paraissaient anciens, et à des palpitations. Les autres, qui étaient plus fortement pris, se rétablirent plus lentement ; chez eux, il y eut de la faiblesse, de l'oppression, divers malaises, et chez l'un une diathèse séreuse fort grave; ils sortirent guéris, à l'exception d'un seul, du vingt-sixième au cinquante-huitième jour, mais conservant des bruits de frottement. La durée moyenne du séjour de ces sujets fut de près de vingt-sept jours.

Enfin, deux malades périrent : le premier, dont j'ai déjà parlé, lequel, malgré

les lésions graves qu'il portait, et auxquelles il aurait dû succomber rapidement, fut amélioré pendant quelques jours. Le second, qui ne prit qu'une très petite quantité de sulfate de quinine, avait deux rétrécissements, l'un, avec végétations, à l'aorte, l'autre à la valvule mitrale, et deux énormes épanchements dans les plèvres. Chez ces deux malades, les phénomènes rhumatismaux avaient eu peu d'importance.

La malade affectée de gastro-entérite et de rhumatisme depuis six semaines supporta parfaitement bien l'administration de sulfate de quinine à 3 grammes par jour, pendant quatre jours, malgré des douleurs fort vives qu'elle éprouvait depuis longtemps à l'épigastre. Les accidents de rhumatisme cédèrent au bout de six jours. La langue, qui était rouge, ne se sécha pas; l'appétit revint : le ventre, d'abord fort douloureux, perdit graduellement sa sensibilité ; la diarrhée, fort intense, diminua peu à peu, et finit par cesser. Enfin la fièvre disparut, et la malade, qui avait été apportée à l'hôpital sur un brancard, sortit le dix-huitième jour, en assez bon état pour se passer de nos soins.

Des deux femmes récemment accouchées, l'une offrit un rhumatisme simple, intense et poly-articulaire, qui guérit rapidement. L'autre était dans un état très grave lors de son entrée. Il y avait une douleur extrêmement vive avec gonflement de presque toutes les articulations mobiles, érysipèle de l'un des bras, tuméfaction uniforme et considérable de l'une des cuisses; nausées fréquentes, pouls à 130, teinte violacée de la face, anxiété très prononcée, frissons tous les jours. Elle était accouchée avant terme depuis cinq jours. Le premier jour, elle prit six grammes de sulfate de quinine. Le second jour, il y avait une amélioration inespérée. La teinte violacée de la face et l'anxiété des traits avaient disparu; plusieurs articulations étaient devenues libres et sans douleurs, l'érysipèle du bras avait très notablement diminué, le gonflement douloureux de la cuisse n'existait plus, et le pouls était descendu à 96. Mais dès ce jour même il fut impossible de faire prendre le sulfate de quinine, toutes les doses provoquaient le vomissement ; aussi, dans la soirée, les accidents se développèrent de nouveau très rapidement, et la malade succomba au bout de deux jours, avec du pus dans plusieurs articulations et dans le tissu cellulaire sous-cutané du bras, et une gangrène de la face interne de l'utérus.

La durée du séjour des malades à l'hôpital a été la suivante; en général, j'ai gardé ces rhumatisants autant que je l'ai pu, car aucun d'eux n'est sorti que sur sa demande :

Trois malades sont sortis du septième au dixième jour; onze du onzième au vingtième jour; deux le vingt-sixième jour; deux le trente-cinquième et trente-sixième jour; un le quarante-septième jour; un le cinquante-huitième jour, et un le soixantième jour, ce qui donne pour moyenne vingt-trois journées de séjour à l'hôpital.

Trois malades restent encore dans les salles; deux sont convalescents, le troisième est à peu près guéri du rhumatisme, mais il est sous l'influence d'un érysipèle développé autour des piqûres de sangsues.

Tous, à l'exception d'un seul, étaient guéris du rhumatisme et de la complication, moins les bruits de frottement qui subsistaient à la région du cœur. Les malades affectés d'hydrarthrose du genou, et que le traitement n'avait pas modifiés avantageusement, ont, par l'effet d'autres moyens, ou par le résultat de la marche naturelle de la maladie, obtenu, l'un une guérison complète ; l'autre, qui est encore dans les salles, une grande amélioration.

Le seul malade sorti non guéri, mais notablement amélioré, avait trois mois de maladie avant son entrée ; il avait eu 7 saignées, 80 sangsues, 4 vésicatoires et 15 bouteilles d'eau de Sedlitz. A son arrivée, il pouvait à peine se traîner sur ses jambes, et, lors de sa sortie, il marchait passablement bien.

Tous avaient gagné de l'embonpoint, beaucoup avaient repris des couleurs rosées, ils étaient en plein état de santé et sans faiblesse; leurs membres étaient indolents, ou ne faisaient sentir que de légers malaises. Néanmoins, chez le plus grand nombre, on trouvait des frottements au premier temps dans les carotides.

Deux malades sont rentrés dans nos salles au bout d'une quinzaine de jours : l'un, affecté de douleurs légères, n'est resté que peu de jours; l'autre, qui y est depuis plus de huit jours, est encore souffrant. Tous deux ont de l'endocardite.

En général, les rhumatismes poly-articulaires ont cédé plus vite que ceux qui étaient bornés à un petit nombre d'articulations, et le traitement n'a semblé avoir aucune action dans les cas du rhumatisme mono-articulaire avec hydrarthrose.

L'époque à laquelle on commença l'emploi du sulfate du quinine parut n'avoir pas une grande influence sur le résultat; ainsi, parmi les rhumatismes qui avaient disparu au troisième jour du traitement, se trouvent des cas de 15, 12, 8, 6 et 5 jours de maladie. Je ne comprends pas, dans cette catégorie, les rhumatismes datant de plusieurs années; chez ceux-là, je n'ai, jusqu'à présent, trouvé rien d'assez général pour en faire la matière d'un résumé; ce sont encore pour moi des faits individuels, dans lesquels on obtient des succès fort remarquables, ou un résultat complètement nul, sans que je sache à quoi tient cette différence d'action. Ainsi j'ai vu des rhumatismes de deux ans disparaître en huit à dix jours, des tuméfactions anciennes, ayant l'apparence de tumeurs blanches, se résoudre, et, dans d'autres cas, de simples douleurs résister, sans diminution notable, à de fortes doses de sulfate de quinine.

Dans cette série de rhumatismes aigus, qui comprend tous les malades que j'ai traités depuis la lecture de mon mémoire jusqu'à présent, il n'est, rigoureusement parlant, survenu aucun incident désagréable.

Presque tous les malades ont eu des bourdonnements, des sifflements, ou des tintements d'oreille continuels et assez fatigants, une dureté de l'ouïe plus ou moins forte, mais n'ayant jamais été jusqu'à la surdité. Plusieurs ont éprouvé de la titubation et des vertiges lorsqu'ils se levaient; d'autres ont ressenti de la fatigue, de la cuisson dans les yeux ou de légers troubles passagers de la vue. Pas un seul n'a eu d'amaurose, ni de dilatation notable des pupilles.

L'appétit s'est rétabli chez tous après l'inappétence des premiers jours. Chez tous, la langue est restée blanche et humide, à l'exception du cas de complication de gastro-entérite; plusieurs fois il y a eu vomissement des cuillerées de la potion seulement; jamais il ne s'est développé de douleur à la région épigastrique, de telle sorte que l'estomac et l'intestin grêle ont toujours été respectés par le sulfate de quinine. Il n'en est pas de même du gros intestin, car la diarrhée avec ou sans coliques s'est manifestée chez plus de la moitié des malades. Chez la plus part d'entre eux, cette diarrhée n'a été que passagère et n'a jamais eu de gravité. Elle s'est ordinairement montrée après la suppression du sulfate de quinine. Les selles n'ont jamais rien présenté de remarquable : plusieurs malades ont eu des épistaxis, mais aucun n'a présenté d'exanthèmes; cependant, parmi les malades sur lesquels on a fait des applications de sangsues, deux eurent des érysipèles assez intenses.

Enfin, un seul malade a été pris d'une rétention d'urine qui a duré 2 jours.

Je crois devoir cette absence d'accidents fâcheux au soin extrême que j'apporte dans l'administration du sulfate de quinine.

Je fais toujours fractionner les doses, de façon qu'on ne donne à la fois qu'une petite quantité de sel; de la sorte, on est toujours à même, en suspendant le médicament au moment où des phénomènes pathologiques se produisent, de ne point dépasser ce que le malade peut tolérer.

Je tiens beaucoup à donner le sulfate de quinine en dissolution parfaite. Dissous, le médicament est dans les conditions les plus favorables à l'absorption, et celle-ci

se fait immédiatement autant qu'elle peut se faire. L'action du sel est régulière et rapide. En poudre, cette substance presque insoluble n'a d'action qu'autant qu'il se présente des acides pour la dissoudre ; or, rien n'est plus variable que la production des acides dans le tube digestif, il peut se faire que des quantités de sulfate de quinine s'accumulent dans cette cavité faute de dissolvant, puisque tout d'un coup celui-ci se secrète en abondance, et fassent passer à l'instant toute cette poudre à l'état de sulfate acide très soluble ; de là des accidents possibles. Dans tous les cas, et en supposant une dissolution faite régulièrement, elle n'a lieu que lentement, et si des accidents viennent à paraître, on ne peut pas les arrêter malgré la suspension des médicaments, attendu qu'il reste toujours dans le tube digestif une certaine quantité de ce sel qui, se transformant lentement en sulfate acide, fournit sans cesse à l'absorption de nouveaux matériaux nuisibles.

Les phénomènes d'après lesquels je me guide pour suspendre le médicament sont la prostration et la titubation, d'une part, et la fréquence croissante, ou le ralentissement extrême du pouls et sa petitesse, d'autre part. Dès qu'un malade paraît trop affaibli, prostré ou en titubation, ou dès que son pouls, en se rapetissant, prend de la fréquence ou tombe trop au-dessous de son type normal, il faut s'arrêter.

C'est ici le lieu de parler de divers accidents dont la presse médicale a fait mention depuis quelque temps, et de les apprécier à leur juste valeur, afin de savoir s'ils sont une raison suffisante pour rejeter la médication par le sulfate de quinine. Ces faits étaient antérieurs à ceux qui composent le tableau que je viens de présenter.

Premier fait. — Un jeune homme convalescent d'une variole entre à l'Hôtel-Dieu le 27 novembre, dans le service de M. Récamier, pour un rhumatisme articulaire aigu fébrile, assez intense, sans aucune complication; l'intelligence intacte et pas de céphalalgie.

Le pronostic fut que le rhumatisme paraissait devoir avoir de la durée, et qu'il pourrait bien se développer quelques phlegmasies du côté des séreuses de la poitrine. On prescrivit : sulfate de quinine en poudre, 2 grammes en 12 paquets, un toutes les heures.

Le 28, diminution de la douleur aux membres inférieurs; son augmentation aux membres supérieurs; battements de cœur n'ayant pas leur netteté normale. Sulfate de quinine, 3 grammes en 12 paquets.

Le malade n'avait pris que la moitié de cette dose lorsqu'il fut saisi d'une agitation suivie d'un délire furieux qui amena la mort au bout de 6 heures. A l'autopsie rougeur vive avec suffusion de la pie-mère, rougeur à la surface du cerveau avec un peu de ramollissement superficiel de la substance grise ; point de sérosité dans les ventricules du cerveau.

Ce fait a été présenté comme un exemple frappant d'empoisonnement par le sulfate de quinine. Je ferai remarquer : 1° Que M. Bally a donné très fréquemment le sulfate de quinine à 4 grammes dans des cas d'arachnitis ; que M. Delens l'a également donné, et l'a préconisé, à moindre dose à la vérité, dans les encéphalites ; que mon collègue, M. Blache et moi, l'avons donné à haute dose chez 40 malades affectés de fièvre typhoïde, souvent à forme de méningo-encéphalite, et que jusqu'à présent aucun fait n'est venu démontrer l'existence d'inflammation de l'encéphale occasionnée par ce médicament.

2° Que précisément dans les cas d'intoxication avec phénomènes nerveux produits par Giacomini, et observés depuis lui, on n'a jamais rencontré l'inflammation des méninges et du cerveau ; qu'au contraire ces parties ont présenté l'aspect normal.

3° Enfin, que les méningites et encéphalites survenant brusquement dans le cours d'un rhumatisme aigu, et amenant rapidement la mort, sans être communes ne sont cependant pas très rares. Tous les auteurs les indiquent ; ainsi on

trouve cités dans les leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, rédigées par M. Requin : 1° deux cas mortels de méningite rhumatismale, observés par M. Storck; 2° un cas de Stoll dans lequel il y eut délire et mort prompte ; 3° un cas rapporté par Scudamore ; 4° un cas mortel rapporté par M. Marjolin : on avait fait des traitements très divers. A la suite de ces citations, M. Requin conclut qu'il peut survenir en vertu de dispositions individuelles telle ou telle phlegmasie séreuse, soit à titre de complication, soit à titre de métastase.

M. Bouillaud parle de M. le Dr Coqueret qui avait vu un pareil accident.

Tous les médecins connaissent la mort du docteur Lecoutre enlevé rapidement par une arachnitis survenue spontanément dans le cours d'un rhumatisme. M. le professeur A. Bérard a cité dernièrement à l'une des séances de la société de médecine du département de la Seine un fait semblable dont il avait été témoin. M. Blache m'a rapporté l'exemple d'un riche marchand de soieries de la rue St-Honoré, qui, pris d'un rhumatisme articulaire aigu, traité par les saignées, fut brusquement saisi d'un délire frénétique auquel il succomba en peu d'heures. A la clinique de M. Chomel dans le mois de septembre dernier, une femme traitée d'un rhumatisme aigu par les saignées et par la poudre de Dower fut également prise brusquement d'accidents cérébraux très graves desquels on eut grand' peine à la tirer.

En résumé : 1° ce malade avait pris peu de sulfate de quinine, et il avait pris ce peu sous forme insoluble; 2° le sulfate de quinine administré dans des cas où il y avait excitation de l'encéphale n'a pas encore produit des accidents semblables ; 3° quand le sulfate de quinine tue par le cerveau, il n'y a pas de traces d'inflammation ; 4° et enfin on connaît de nombreux exemples de méningites survenues dans le cours des rhumatismes traités de diverses manières .

Deuxième fait.—Un malade attaqué d'un rhumatisme articulaire intense fut traité dans les salles de M. Husson par le sulfate de quinine à dose de 6 grammes en dissolution complète donnés par cuillerées d'heure en heure ; à la quatrième cuillerée, agitation, loquacité, subdelirium, fréquence du pouls, sorte d'ivresse. On continua malgré ces accidents les cuillerées de sulfate, jusqu'à ce que la potion fût prise en entier ; l'angoisse augmenta, il y eut de la suffocation; puis, peu à peu ces phénomènes diminuèrent, et le lendemain matin ils étaient si bien dissipés qu'on continua le sulfate à la dose de 4 grammes, et que cette dose put être répétée les jours suivants.

Il est clair que ce fait d'ébriété quinique dont on a été fort effrayé eût été évité, si l'on eût suspendu la médication au début des premiers troubles.

Troisième fait.—Un adulte pris de rhumatisme articulaire aigu fort intense fut traité à l'hôpital de la Charité dans les salles de M. Andral, le premier jour, par le sulfate de quinine à la dose de 4 grammes *délayés* dans un julep gommeux, et le second jour par 4 grammes de ce sel complètement dissous. Le troisième jour les douleurs des membres avaient diminué, il apparut une douleur très vive de la région épigastrique avec hoquet et langue sèche, la plus légère pression de la main était très douloureuse ; néanmoins le malade se tenait couché sur le ventre, le pouls était peu fréquent et la peau fraîche. Les jours suivants cette douleur disparut et fut remplacée par une douleur également vive située dans les gouttières vertébrales; néanmoins ce malade resta quelque temps souffrant de l'estomac qui a présenté des signes de phlegmasie.

Ce fait qui pouvait être regardé comme un cas de gastralgie, je le concède comme une gastrite ; mais est-il dû au sulfate de quinine comme on l'a prétendu? J'ai traité plus de cent malades par le sulfate de quinine à haute dose, et je ne connais qu'un cas de douleur à l'épigastre ; l'estomac, on peut le dire, ne se phlogose pas aisément par le sulfate de quinine.

Quatrième fait.—Une malade ayant la vue faible fut traitée dans mes salles par le sulfate de quinine à dose de 4 grammes donnés en 12 paquets; au bout de

quelques jours la vue s'affaiblit, elle ne permettait plus de lire, et la lumière du jour paraissait constamment sombre. 2 purgatifs, des frictions sur les paupières avec le beaume de Fioraventi, et avec la pommade à la noix vomique, puis un vésicatoire sur l'une des tempes, composèrent tout le traitement; au bout de 8 à 10 jours la malade pouvait lire très facilement, la lumière du jour ne paraissait plus sombre, et lors de la sortie de la malade qui eut lieu au bout d'un mois à peu près, M. le Dr Michon à qui je la fis voir jugea le cas si peu grave qu'il ne fit aucune prescription ; la pupille était alors normale et il ne restait qu'un peu de faiblesse de la vue à la lumière.

Ce cas est celui qu'on a rapporté comme une amaurose incurable ayant résisté à un traitement énergique et varié.

Après avoir reproduit les faits dans lesquels l'influence du sulfate de quinine a été nulle, ou n'a déterminé que des troubles de peu d'importance, je dois faire connaître ceux dans lesquels cette influence a été plus manifeste ; ils serviront à faire éviter l'écueil dans lequel je suis tombé. Comme ces faits appartenaient au rhumatisme chronique, ils n'ont pas dû être compris dans le mémoire sur le rhumatisme aigu que j'ai présenté à l'Académie de médecine, ils trouveront leur place dans un travail spécial; mais je pense qu'il est utile de les exposer ici en extrait.

Observation i.—Une femme âgée, gardant le lit depuis six mois pour un rhumatisme articulaire fort douloureux, entra à l'hôpital Cochin, elle y était venue malgré elle, et le séjour de l'hôpital lui fit une impression pénible.—Quoique douée d'embonpoint, elle mangeait peu et dormait fort mal en raison des douleurs qu'elle ressentait aux pieds, aux genoux et dans les bras.

Elle fut mise à l'usage du sulfate de quinine, à 5 grammes en 12 heures; dès la première nuit il y eut de la rêvasserie: mais comme la malade était d'un caractère très bizarre et d'une grande loquacité, on ne se préoccupa pas beaucoup de ce phénomène et on continua la médication; mais peu à peu la malade tomba dans cet état qu'on observe si communément chez les vieillards dans les hôpitaux; la rêvasserie nocturne devint plus prononcée, il y eut de la prostration, la langue se sécha, les yeux devinrent chassieux; il survint un peu de toux avec une respiration inégale et profonde, de la fréquence du pouls avec chaleur de la peau, puis graduellement la prostration augmenta ; il s'y joignit de l'assoupissement, et la mort eut lieu le neuvième jour.—On avait administré le sulfate de quinine pendant 4 jours à 5, puis à 3 grammes, et on l'avait suspendu les cinq jours suivants.

Il y avait eu pendant tout ce temps des bourdonnements d'oreille, des vertiges, de la dureté de l'ouïe et un trouble prononcé de la vue avec dilatation de la pupille.

A l'autopsie, on trouva une légère injection de la pie-mère, avec de l'opacité le long de quelques vaisseaux principaux, de l'anémie de cette même membrane dans plusieurs anfractuosités, et une sérosité assez abondante à la base du crâne; une pneumonie au second degré dans une portion limitée du poumon, et quelques rougeurs diffuses sur quelques parties de la membrane muqueuse de l'intestin grêle.

Quoiqu'on ne trouve dans ce cas rien qui ne se rencontre ordinairement à la suite de ces arachnitis avec pneumonie qu'on observe chez les sujets qui restent toujours au lit, ou chez ceux que le séjour des hôpitaux influence défavorablement, je range néanmoins ce fait parmi ceux qui sont le résultat de l'action du sulfate de quinine, parce que les troubles ont suivi immédiatement l'emploi de ce moyen, et parce qu'on y retrouve des phénomènes qui dépendent évidemment de l'action de ce médicament. Cependant je ne le regarde pas comme le produit direct du sel de quinine : d'après les expériences et les faits rapportés par Giacomini, les accidents toxiques dus à cette substance marchent avec une grande rapidité, et se terminent en peu d'heures, tandis qu'ici la maladie a duré neuf jours. Je pense que la malade a été prise d'une arachnitis due au séjour de l'hôpital, mais que le sulfate de quinine a pu agir dans un sens défavorable à la résolution de cette inflammation. Je crois donc prudent de surveiller très attentivement l'action du sulfate de quinine chez les malades dont l'encéphale est fort impressionnable, et dans

ces cas de n'employer que des doses modérées, ou même de s'abstenir s'il y a quelque prédisposition appréciable à une névrose de l'encéphale.

Le second malade dont il me reste à donner l'histoire a offert des phénomènes plus caractérisés, et tout-à-fait semblables à ceux que Giacomini avait observés chez un homme qui avait avalé par mégarde 12 grammes de sulfate de quinine.

Observation ii.—Ce second malade était un homme de quarante-deux ans, décoloré, maigre, et affaibli par des douleurs qui avaient quelque analogie avec la coxalgie et qui duraient depuis sept mois; elles avaient succédé à des douleurs rhumatismales qui avaient siégé sur diverses articulations des membres.

A son arrivée à l'hôpital il y avait de la douleur dans le poignet et dans les doigts de la main gauche. La fesse, l'articulation coxo-fémorale, la région du grand trochanter et le genou du côté droit étaient le siége d'une douleur continue, augmentée par la pression ainsi que par les mouvements, mais sans gonflement appréciable. La marche était impossible, tous les organes étaient à l'état normal, le pouls donnait 75 pulsations, il était petit et faible.

Après quelques jours de repos au lit, passés sans amélioration, cet homme demanda à être mis à l'usage du sulfate de quinine; on le lui fit prendre à la dose de 4 grammes de poudre, le premier jour, puis de 3 grammes le second jour, administrés chaque fois en douze paquets.

Les deux premiers jours, bourdonnements d'oreille, éblouissements, vertiges, troubles de la vue et augmentation de la fréquence du pouls, les douleurs commençaient déjà à diminuer.

Le troisième jour, il y avait eu, durant la nuit, un accès de suffocation et de palpitation, avec sensation de constriction dans la poitrine, et de douleurs à la partie interne des bras; cet accès brusquement survenu avait cessé lentement, de telle sorte qu'au matin le malade était très fatigué, sa figure exprimait l'abattement, sa voix était faible, il y avait beaucoup de faiblesse et de prostration, le pouls était petit et faible à 90, et la peau fraîche; mais les douleurs avaient diminué de moitié, et on pouvait exécuter assez librement des mouvements avec le membre inférieur droit, ce qu'il n'aurait pas pu faire auparavant.

Ayant déjà vu plusieurs fois quelques-uns de ces troubles et ne les ayant jamais vus se terminer d'une manière fâcheuse, je ne m'en préoccupai pas beaucoup; je ne cessai pas l'usage du sulfate de quinine et me bornai à réduire la dose à 25 décigrammes en 10 paquets.

Toute cette journée se passa bien, mais durant la nuit il y eut plusieurs selles en diarrhée, et le lendemain matin à six heures, apparition d'une syncope dont la durée se prolongea; de telle sorte qu'à la visite du matin il y avait pâleur extrême de la face, décoloration de toute la peau, teinte violacée des extrémités, froid de toutes les surfaces du corps, dépression profonde des yeux dans leur orbite, pupille étroite, point de bourdonnements ni de vertiges, vue nette, langue humide, fraîche, peu colorée, voix extrêmement affaiblie, sentiment de constriction à la gorge, déglutition facile, point de vomissements, respiration gênée se faisant avec efforts, soupires fréquents, battements du cœur faibles et très fréquents, pouls nul aux radiales, faible et très fréquent aux carotides, point de diarrhée, urines normales.

Le vin, le café, l'éther, les frictions stimulantes, la chaleur, les synapismes, ne parvinrent pas à produire la moindre réaction, et la mort eut lieu vers 11 heures du matin.

A l'autopsie, cerveau, poumon et cœur à l'état normal; les muqueuses de l'estomac, de l'intestin grêle sont parfaitement blanches; celle de tout le colon moins l's iliaque, d'un rose hortensia, de teinte uniforme, constituée par un pointillé très serré et d'une bonne consistance. Le sang contenu dans le cœur, en caillots solides et fibrineux; rate, reins et vessie à l'état normal. Abcès ancien dans toute la largeur du muscle psoas droit, se prolongeant en arrière dans la partie supérieure des muscles fessiers, contenant deux onces de pus; carie des apophyses transverses droites des vertèbres lombaires, et de la crête de l'os des îles; érosion des cartilages de la cavité cotyloïde, et de la tête du fémur, sang demi-coagulé dans l'articulation coxo-fémorale.

Ce malade a certainement succombé à l'action hyposthénisante du sulfate de quinine, et non à la colite intense qu'il a présentée. Il avait bien quelque peu l'aspect cholérique; la teinte rose uniforme de la muqueuse du colon corroborerait cette pensée, mais il n'y a pas eu de crampes, de coliques; la diarrhée n'a point été blanche; les matières contenues dans l'intestin étaient colorées par la bile, et enfin la peau conservait sa contractilité.

Il est évident que si, la veille, averti par l'espèce de spasme de la poitrine et

par l'affaiblissement frappant du malade, j'avais suspendu l'emploi du sulfate de quinine, il ne serait rien arrivé de fâcheux. Mais je n'avais donné que des doses modérées, relativement à ce qu'avaient pris les autres malades ; et comme rien ne m'avait révélé la nocuité du sulfate de quinine à ces doses, je m'étais borné à les diminuer encore. Ce fait très grave semble devoir exclure l'emploi du sulfate de quinine, même à des doses de 3 et 4 grammes. Mais on sait qu'il est des sujets qui ne résistent à aucune médication, leur organisation est attaquée par tous les agents thérapeutiques : si on les saigne, il leur vient une phlébite mortelle ; les sangsues qu'on leur applique sont le point de départ d'un érysipèle qu'on ne peut plus arrêter; quelques centigrammes de calomel leur causent une stomatite interminable; un vésicatoire détruit par la gangrène leur paroi thoracique ou abdominale. Il est probable que cet homme était de cette classe ; il n'avait pris que neuf grammes de sulfate de quinine en trois jours. Or, parmi plus de cent malades traités par ce médicament, il en est peu qui en aient pris moins que lui, et aucun d'eux n'offrit à ces doses de trouble sérieux. Cet homme était pâle, faible, anémique, et il mangeait très peu.

Je crois que des dispositions organiques semblables à celles de ce malade sont rares, et en tous cas on reconnaîtra que le sulfate de quinine est près d'agir d'une manière toxique chez eux, par l'affaiblissement général, par la petitesse et la fréquence du pouls, et probablement par quelques accidents spasmodiques du côté du cœur ou de la poitrine, et, en suspendant la médication, on préviendrait tout résultat funeste. Je conseille, en outre, de tenir compte de la faiblesse et de l'état anémique des malades dans la prescription des doses, et de se bien garder de mettre à la diète des sujets de cette constitution ; il faut au contraire les faire manger.

Voilà le seul fait grave incontestablement dû à l'emploi du sulfate de quinine.

Quelques personnes qui s'étaient plu à exagérer les accidents que peut causer le nouveau mode d'administration, le sulfate de quinine, les avaient expliqués par la solubilité du sulfate acide, comparée à l'insolubilité du sulfate neutre dont s'étaient servis MM. Bally et Piorry, lesquels, bien qu'ils eussent employé des doses fort élevées, n'avaient jamais occasionné d'accidents. Par un hasard singulier, il se trouve que dans presque tous les cas que je viens de rapporter on s'est servi de la poudre de sulfate neutre, et par conséquent les malades étaient dans les mêmes conditions que ceux traités par les deux médecins dont je viens de parler. On voit que l'explication est une erreur, et que par conséquent le nouveau mode n'est pas plus dangereux que l'ancien.

Au moment où je termine cet article, j'apprends de source certaine qu'il est arrivé un événement fâcheux dans l'un des hôpitaux de Paris. Une jeune fille avait eu quelques attaques d'épilepsie pour lesquelles une saignée avait été faite, elle entra dans cet hôpital, où on lui fit une saignée qui fut suivie de phlébite. Au bout de quelques jours il se développa un rhumatisme polyarticulaire aigu. On prescrivit 5 grammes de sulfate de quinine en poudre à prendre en cinq fois dans les vingt-quatre heures. Quelques instants après la prise de la quatrième dose, perte subite de connaissance avec aspect tétanique et raideur de tout le corps. Malgré cet état effrayant, les personnes de service n'en donnèrent pas moins la cinquième dose, et la malade mourut au bout de quelques heures dans le même état de raideur générale. A l'autopsie, nulle altération dans les viscères principaux, seulement une phlébite modérée des veines du bras et du pus dans l'articulation de l'un des genoux.

Le mode d'administration qui a produit un résultat si regrettable étant diamétralement contraire au mien, lequel consiste à donner le sel sous forme soluble, à en fractionner les doses le plus possible, de manière à n'en jamais donner qu'une petite quantité à la fois, et enfin à s'arrêter sitôt qu'on aperçoit quelque trouble un peu notable, je n'ai qu'à constater ce fait et à le déplorer.

REVUE CRITIQUE.

RECHERCHES *sur la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons dans l'espèce humaine, dans l'état de santé, par* MM. ANDRAL *et* GAVARRET.

MM. Andral et Gavarret ont fait récemment, à l'Académie des Sciences, une communication du plus haut intérêt. Ce travail, destiné à exercer une grande influence sur la pathologie, et ouvrant une nouvelle voie d'observations aux médecins, nous allons en donner une analyse complète à nos lecteurs.

Au milieu des nombreux phénomènes de la respiration, un des plus importants est sans contredit l'exhalation de l'acide carbonique. La combustion du carbone, destinée à débarrasser le sang de la masse des matières grasses désormais impropres à la nutrition du sujet, est, en outre, la principale, sinon l'unique source de la chaleur propre des animaux. Dès lors, on conçoit sans peine combien il est important de mesurer avec exactitude la quantité d'acide carbonique qui, dans un temps donné, s'échappe au dehors à travers les voies respiratoires. Au point de vue physiologique, c'est un moyen de suivre, dans les diverses phases de développement de l'être, les modifications d'activité de la fonction pulmonaire; au point de vue pathologique, c'est un moyen d'étudier l'histoire des maladies de l'appareil respiratoire et de jeter quelque jour sur cette augmentation de température, qui est le phénomène fondamental de tout mouvement fébrile.

M. le professeur Andral a entrepris, avec M. Gavarret, une série de recherches destinées à éclairer ces diverses questions. Ces deux observateurs ont commencé par la partie physiologique, et dans le travail qu'ils viennent de communiquer à l'Académie des Sciences, ils ont spécialement étudié l'influence de l'âge, du sexe, et de la constitution sur l'exhalation de l'acide carbonique.

Pour le sexe masculin, leurs observations commencent à l'âge de 8 ans et s'étendent jusqu'aux dernières limites de la vie, jusqu'à 102 ans. Très faible chez l'enfant de 8 ans, l'exhalation d'acide carbonique augmente graduellement jusqu'à 15 ans. Au moment de l'établissement de la puberté, la fonction pulmonaire devient beaucoup plus active et continue à marcher dans son développement progressif jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, époque où elle atteint son maximum d'intensité. Après 30 ans, l'exhalation d'acide carbonique commence à diminuer, d'abord d'une manière peu marquée, et puis par degrés plus tranchés à mesure que l'homme avance vers l'extrême vieillesse; et enfin à 102 ans elle redevient ce qu'elle était chez l'enfant de 9 à 10 ans. Le tableau suivant est propre à mettre ces faits en évidence.

Un enfant de 8 ans exhale en 1 heure 9 litres d'acide carbonique;

Un enfant de 15 ans exhale en 1 heure 16 litres d'acide carbonique.

En procédant par moyennes, on trouve que l'exhalation pulmonaire fournit par heure:

	Litres.	
De 8 à 15 ans..	15,6	d'acide carbonique.
De 15 à 20......	19.8	id.
De 20 à 30......	22,4	id.
De 30 à 40......	20,2	id.
De 40 à 60......	18,5	id.
De 60 à 80......	17,0	id.
A 102...........	10,8	id.

Ces faits nous prouvent que, dans le sexe masculin, la fonction pulmonaire traduit, par son degré d'activité, toutes les phases du développement organique et de la décroissance de l'être.

Dans le sexe féminin, les faits ne se succèdent pas avec une aussi remarquable régularité. Le poumon paraît ne pas être, chez les femmes, le seul organe chargé de l'élimination de la masse des produits carbonés, et, sous ce point de vue, les recherches de MM. Andral et Gavarret présentent un grand intérêt.

Tant que la femme n'est pas encore menstruée, pendant toute la durée de la seconde enfance, tout se passe chez elle comme chez l'homme; l'exhalation d'acide carbonique, d'abord faible, augmente à mesure que le sujet avance en âge. Cependant déjà, à cette époque de la vie, il existe une différence notable entre les deux sexes : la femme exhale beaucoup moins d'acide carbonique que l'homme.

Mais au moment où la menstruation s'établit, la fonction pulmonaire cesse de prendre de nouveaux accroissements; elle reste étrangère au développement organique du reste de l'économie, et demeure stationnaire tant que les règles conservent leur régularité et leur abondance normales. Lorsque ensuite, vers l'âge de 40 à 50 ans, le flux menstruel vient à se supprimer, à cet âge où nous avons vu chez l'homme la fonction pulmonaire en voie de décroissance, on rencontre chez les femmes un nouveau développement d'activité dans l'exhalation de l'acide carbonique. Et puis une fois passé ce moment de crise, lorsque depuis quelques années la menstruation a complètement disparu, tout se passe comme dans le sexe masculin, et, sauf la quantité toujours moindre des produits, l'exhalation de l'acide

carbonique diminue progressivement, suivant les mêmes lois, à mesure que le sujet avance vers l'extrême vieillesse.

A côté du fait de l'augmentation de la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons à l'époque du retour, MM. Andral et Gavarret ont cité les résultats obtenus chez des femmes parvenues aux diverses époques de la grossesse. Chez elles, comme chez celles dont les règles venaient de se supprimer par le seul fait de l'âge, l'exhalation d'acide carbonique par le poumon s'est trouvée momentanément exaltée.

Dans le sexe féminin, l'exhalation pulmonaire fournit moyennement par heure :

	Litres.	
De 10 à 15 ans............	11,7	d'ac. carb.
De 15 à 45 (femm. menstruées).	11,7	id.
De 38 à 50 (femm. non menstr.).	15,4	id.
Femmes enceintes..........	15,0	id.
De 50 à 60 ans.............	13,4	id.
De 60 à 80 ans.............	12,5	id.
A 82 ans..................	11,0	id.

Ces résultats, fournis par les sujets du sexe féminin, traduisent un fait physiologique de la plus haute importance, une espèce d'antagonisme entre la fonction utérine et la fonction pulmonaire, sous le point de vue de l'exhalation de l'acide carbonique. Chez la femme, le flux périodique utérin est réellement supplémentaire de l'exhalation pulmonaire. Dès lors, toutes les fois que, sous une influence quelconque, les règles viennent à se supprimer, la circulation doit charrier dans l'économie un sang trop riche en matériaux carbonés, et cet empoisonnement par l'acide carbonique est bien propre à nous rendre compte de ces nombreux accidents d'étourdissement, de bouffées de chaleur, de suffocation, qui peuvent créer un véritable état pathologique si l'exhalation pulmonaire ne vient pas, par un surcroît d'activité, suppléer le flux sanguin momentanément supprimé.

En analysant avec soin les 75 observations contenues dans leur mémoire, MM. Andral et Gavarret ont aussi démontré que, toutes choses égales d'ailleurs, dans les deux sexes, l'exhalation d'acide carbonique par le poumon était d'autant plus active que le système musculaire des sujets était plus développé.

Pour compléter cette rapide analyse, nous rapporterons *in extenso* les conclusions générales auxquelles sont parvenus ces deux observateurs.

1° La quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon, dans un temps donné varie en raison de l'âge, du sexe et de la constitution des sujets;

2° Chez l'homme, comme chez la femme, cette quantité se modifie suivant les âges, et cela indépendamment du poids des individus mis en expérience;

3° Dans toutes les périodes de leur vie, comprises entre 8 ans et la vieillesse la plus avancée, l'homme et la femme se distinguent par les différences de quantité d'acide carbonique exhalé par leurs poumons dans un temps donné. Toutes choses égales d'ailleurs, l'homme en exhale toujours une quantité plus considérable que la femme. Cette différence est surtout très marquée entre 16 et 40 ans, époque pendant laquelle l'homme fournit généralement par le poumon presque deux fois autant d'acide carbonique que la femme;

4° Chez l'homme, la quantité d'acide carbonique exhalé va sans cesse croissant de 8 à 30 ans, et cet accroissement continu devient subitement très grand à l'époque de la puberté. A partir de 30 ans, l'exhalation d'acide carbonique commence à décroître, et ce décroissement a lieu par degrés d'autant plus marqués que l'homme s'approche davantage de l'extrême vieillesse, à tel point qu'à la dernière limite de la vie l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon peut redevenir ce qu'elle était vers l'âge de 10 ans;

5° Chez la femme, l'exhalation d'acide carbonique augmente suivant les mêmes lois que chez l'homme pendant toute la durée de la seconde enfance. Mais au moment de la puberté, en même temps que la menstruation apparaît, cette exhalation s'arrête tout à coup dans son accroissement, et reste stationnaire tant que les époques menstruelles se conservent à leur état d'intégrité. Au moment de la suppression des règles, l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon augmente tout à coup d'une manière très notable, puis elle décroît, comme chez l'homme, à mesure que la femme avance vers l'extrême vieillesse;

6° Pendant toute la durée de la grossesse, l'exhalation de l'acide carbonique s'élève momentanément aux chiffres fournis par les femmes parvenues à l'époque de retour;

7° Dans les deux sexes et à tous les âges, la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon est d'autant plus grande que la constitution est plus forte et le système musculaire plus développé (1).

EMPLOI DE L'ARSENIC CHEZ LES MOUTONS *atteints de pleurésie chronique.*

Une communication, qui touche aux questions les plus élevées de la thérapeutique et de la diététique générale, a été faite par M. Cambessédo à l'académie des sciences.

Cet agronome distingué a annoncé que plus de 100 moutons de son troupeau, atteints de

(1) Ce dernier résultat se trouve confirmé par d'autres faits dans lesquels, à la suite d'un affaiblissement tout pathologique de la constitution, l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon a été aussi diminuée.

pleurésie chronique, occasionnée par suite de transition de température, et dans un état désespéré, ont été traités et guéris à une immense majorité, à l'aide de l'arsenic administré à haute dose.

Sur ce nombre de moutons malades, traités par l'arsenic, 7 seulement ont succombé. Avant l'emploi de cette médication, un grand nombre de ces bêtes avaient été décimées par cette maladie.

32 grammes (1 once) d'arsenic blanc en poudre, mélangé avec le sel commun, ont été administrés à chaque mouton malade et en une seule fois.

Cette substance n'a montré aucun effet nuisible sur les moutons dans l'état de santé; M. Cambessédo s'en est assuré. D'après ce résultat, il serait évident que l'arsenic, qui est un si redoutable poison pour l'homme et la plupart des animaux, ne serait pas un poison pour les bêtes à laine.

La lecture de la lettre de M. Cambessédo par M. Gasparin a fait naître immédiatement des doutes dans notre esprit sur l'exactitude des faits que nous venons de rapporter. Ainsi l'auteur de la communication n'a pas donné des renseignements assez circonstanciés sur les faits si merveilleux qu'il rapporte; il ne prouve pas, par exemple, dans son travail, qu'il ait positivement reconnu la pleurésie chronique chez les moutons qu'il a traités par l'arsenic. Il garde complètement le silence sur les signes à l'aide desquels il aurait pu constater cette pleurésie.

Les premières assertions de M. Cambessédo sur la pleurésie chronique de ses moutons n'étant point appuyées de renseignements probants, les autres faits physiologiques et thérapeutiques contenus dans sa communication, si contraires à ce que l'on observe journellement, devaient aussi nous inspirer sur leur réalité, quelquesdôutes que n'ont point encore fait cesser les premières expériences de l'académie sur ce sujet.

L'académie, après la lecture de la lettre de M. Cambessédo, chargea une commission de vérifier immédiatement les faits énoncés par cet agronome relatifs à l'innocuité de l'arsenic pour les bêtes à laine.

On comprend facilement l'empressement avec lequel l'académie a dû s'occuper de contrôler ce fait; car si l'arsenic, ce dangereux poison, se changeait en un remède salutaire pour les bêtes à laine, et si, après l'avoir administré à la dose énorme de 32 grammes à ces animaux, on pouvait les livrer guéris mais encore imprégnés de cette substance toxique au commerce des boucheries, pour la consommation ordinaire de l'homme, qui est empoisonné par de si petites doses d'arsenic, on conçoit les appréhensions de toutes sortes qui se manifesteraient.

M. Magendie, rapporteur, pour tranquilliser l'opinion publique vivement impressionnée par la communication de M. Cambessédo, a déjà signalé les premières expériences faites par la commission, qui, quoique incomplètes, sont cependant fort importantes.

M. Magendie a conclu de ses premières recherches que l'arsenic, à la dose de 5 à 10 grammes, ingéré dans l'estomac de moutons à jeun et en parfaite santé, décide les symptômes ordinaires de l'empoisonnement par cette substance, et qu'une seconde dose de 10 à 20 grammes de cette substance toxique, administrée aux mêmes sujets 24 heures après l'ingestion de la première, détermine la mort. Les cadavres des moutons présentent les traces communes de cette intoxication. La substance toxique a été retrouvée dans les urines et le sang; les poumons, le foie et la chair musculaire en contenaient très peu.

Sans doute ces expériences de la commission ne sont pas concluantes; aussi M. Magendie a-t-il annoncé qu'elles seraient poursuivies avec activité et variées sous toutes les formes.

M. Cambessédo pourrait opposer aux premières expériences de la commission une objection grave. Cet agronome a administré à ses moutons 32 grammes d'arsenic en une seule fois, et non 5, puis 10, 15 et 20 grammes en plusieurs fois. Il peut se faire que l'arsenic, administré à haute dose et dans l'état de plénitude de l'estomac, ne soit pas aussi facilement absorbé, étant éliminé avec les résidus de la digestion ou à la manière des purgatifs drastiques, et que par conséquent il soit moins nuisible que dans le cas où, étant administré à plus petites doses, il serait absorbé avec plus de facilité. Du reste, M. Cambessédo n'a pas indiqué si c'était à jeun ou après qu'ils avaient mangé qu'on administrait l'arsenic à ces animaux.

MM. Danger et Flandin, dans une communication qu'ils ont faite sur ce sujet à l'académie, dans le but de confirmer cette manière de voir, rapportent qu'ils ont donné à un mouton pris dans un troupeau, 8 grammes d'arsenic le premier jour en une seule fois, et 8 autres grammes aussi en une seule fois le second jour, et cela sans avoir empoisonné l'animal. Un autre mouton, qui avait reçu seulement 30 centigrammes d'arsenic par une plaie faite à la cuisse, a présenté, au rapport des mêmes expérimentateurs, des signes d'intoxication, quoiqu'il ne fût pas encore mort le quatrième jour.

Remarquons toutefois qu'ici la différence d'action de l'arsenic tient plutôt à la nature de la surface absorbante qu'à la différence de dose du poison administré.

La commission de l'académie a annoncé qu'elle s'occupait également de constater jusqu'à quel point des moutons qui auraient pris

une grande dose d'arsenic pourraient être livrés sans danger à la consommation, c'est-à-dire au commerce des boucheries.

EMPLOI DE LA BELLADONE *pour prévenir le développement de la scarlatine.*

Ce médicament, déjà conseillé depuis longtemps par les Allemands, a été administré, par M. Stevenart, à 200 personnes environ qui habitaient une commune dans laquelle 96 individus avaient succombé à la scarlatine. Ces 200 personnes furent préservées de la maladie. La belladone a été administrée à petites doses pendant neuf ou dix jours. Aucun accident toxique n'a été observé, et 145 personnes n'ont éprouvé aucun effet appréciable de l'usage de ce médicament.

M. Martin Solon, qui a fait un rapport favorable à l'Académie de médecine sur le travail de M. Stevenart, admet complètement les faits énoncés par cet observateur.

M. Guersant croit à l'utilité de la belladone pour prévenir la scarlatine; son opinion est fondée sur des faits assez nombreux. Cet habile praticien a constamment recours à ce moyen lorsqu'il est appelé dans une famille où il existe une personne affectée de la scarlatine. Il a souvent remarqué que, tant que les personnes prenaient de la belladone, la maladie ne paraissait pas, et que lorsqu'on cessait l'administration de cet agent, quelques jours après la scarlatine se développait, mais elle était alors très bénigne. C'est une maladie si dangereuse qu'on ne doit pas rejeter un moyen qui se présente pour la prévenir, bien que l'efficacité n'en soit peut-être pas encore parfaitement démontrée.

M. de Lens a eu l'occasion d'observer un fait très concluant en faveur de la belladone, considérée comme moyen prophylactique de la scarlatine. Un enfant affecté de la scarlatine était en pension; il est ramené dans sa famille; M. de Lens fait prendre de la belladone à toutes les personnes qui l'entourent, excepté à la grand'mère. Toutes sont préservées de la scarlatine, à l'exception de la grand'mère, à laquelle, vu son âge, on n'avait pas cru devoir administrer ce médicament.

Toutefois, quelques médecins, entre autres Schwartze, Cock, M. Rochoux, etc., nient cette faculté préservatrice, qui demande à être confirmée par de nouvelles expériences.

ÉTUDES CLINIQUES *sur l'emploi du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire; par* Alph. Dupasquier, *médecin de l'Hotel-Dieu de Lyon, etc.* — C'est toujours un service à rendre aux praticiens, que de leur indiquer un moyen susceptible d'être utilisé dans le traitement d'une maladie aussi grave, aussi commune, aussi longue que la phthisie pulmonaire. Les ressources thérapeutiques y sont si vite épuisées, tant d'indications s'y présentent à remplir, que le jeune médecin qui, au sortir de l'école, croit connaître la phthisie parce qu'on lui a appris l'histoire anatomique, chimique et séméiologique du tubercule pulmonaire, se trouve jeté dans de cruelles perplexités, lorsqu'il est obligé de s'occuper *du phthisique.*

Mais autant il y a d'avantage à posséder des ressources variées contre une maladie si grosse d'indications thérapeutiques, autant il faut être réservé sur l'emploi d'un moyen aussi énergique que le *proto-iodure de fer.*

Nous allons d'abord faire connaître les résultats obtenus par M. Dupasquier.

La préparation employée par ce médecin est sans excès ni d'iode ni de fer, c'est-à-dire qu'elle est un proto-iodure très pur. Il l'ordonne à l'état de dissolution dans des proportions constantes qui sont représentées par : proto-iodure de fer, 1; eau distillée, 5. Dans l'iodure ordinairement employé, une partie de l'iode se trouve à l'état de liberté. Il n'y a pas, entre les deux éléments, véritable combinaison, mais simple mélange. C'est un grave inconvénient, évité ici par la parfaite homogénéité du proto-iodure mis en usage pour la première fois par le médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les effets physiologiques du proto-iodure de fer, décrits par M. Dupasquier, sont presque exactement ceux que nous avons souvent observés sous l'administration de l'iodure de potassium. Un état fébrile plus ou moins prononcé, des irritations marquées de différentes régions de la peau et des membranes muqueuses, de la céphalalgie, des éblouissements, du tintouin, quelques légères hémopthysies, etc., tels sont les traits les plus saillants et les plus ordinaires de l'état morbide artificiel qui se développe sous l'influence de ce médicament.

Mais, ajoute l'auteur, la tolérance s'établit bientôt; l'individu acquiert du ton, une plus grande fermeté des chairs, un appétit plus vif; il oppose une résistance plus énergique au froid extérieur, en même temps qu'il est moins dépendant des vicissitudes atmosphériques, etc., etc.

Puis, passant à l'influence thérapeutique du proto-iodure de fer, M. Dupasquier nous la montre très avantageuse contre l'oppression, les hémopthysies, la toux, l'expectoration, qui diminue d'abondance, perd ses caractères purulents pour devenir plus catarrhale et plus visqueuse, et enfin contre les douleurs de la poitrine, qui sont calmées au bout de trois semaines environ.

Les sueurs nocturnes sont modérées ainsi que les redoublements fébriles, l'embonpoint et les forces reviennent, les signes physiques

des cavernes rétrogradent dans plusieurs cas; enfin, pour comble de vertu, celle du proto-iodure de fer est plus grande dans la troisième période de la phthisie que dans la seconde, et dans celle-ci que dans la première.

Conclusion.—« Il reste *démontré*, que l'administration du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire est non seulement innocente, mais encore d'une utilité incontestable, et j'ose même dire que nulle autre médication connue ne peut lui être comparée. »

Il ne faut préparer le proto-iodure de fer qu'au fur et à mesure qu'on l'emploie. Toutefois, il peut être conservé, pendant quinze jours, dans le sirop de gomme, à l'abri du contact de l'air et de la lumière. Une couleur verdâtre puis brunâtre du liquide annonce la décomposition du proto-iodure.

On commence l'administration par la dose de 15 gouttes (un gramme). Dès que la tolérance est établie, on augmente la dose tous les deux ou trois jours de 5 à 10 gouttes, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à 120 gouttes ou 8 grammes. On cesse quelquefois, puis on reprend à des doses moins fortes pour regagner bientôt le *maximum*, suivant les modifications ou avantageuses ou contraires observées dans l'état du malade.

N'oublions pas de dire que M. Dupasquier emploie toujours concurremment le vin de Bordeaux, l'élixir viscéral d'Hoffmann, le quinquina et d'autres amers; l'eau gazeuse, les opiats avec la conserve de roses, d'aulnée, le cachou, l'extrait de ratanhia, les béchiques, etc.....; et que le régime alimentaire consiste en des repas aussi copieux que les malades le peuvent supporter, qu'on les engage à se nourrir jusqu'à satiété d'aliments analeptiques; qu'il leur est recommandé de se vêtir chaudement et de se livrer à tous les exercices dont ils sont capables.

C'est quand on annonce de pareils résultats généraux, que les faits particuliers, que les détails les plus précis sont nécessaires; et en vérité, si M. Dupasquier n'est pas cru sur parole, s'il ne décide pas tous ses confrères à tenter la médication qu'il propose, il doit ne s'en prendre qu'à lui-même. Sans doute, il examine quel a été le degré d'influence du médicament sur chacun des symptômes en particulier et sur l'état morbide en général; mais c'est ici qu'il nous faudrait une statistique rigoureuse, et que chacun des points qu'il avance devrait être fortifié par des preuves cliniques irrécusables, c'est-à-dire par des faits bien observés *du commencement à la fin.*

M. Dupasquier parle bien d'individus chez qui l'auscultation permettait de constater une amélioration considérable dans l'état des lésions pulmonaires, mais il ne dit nulle part que des autopsies l'aient mis à même de vérifier l'exactitude de ces résultats.

Au reste, M. Dupasquier nous promet un travail étendu sur la matière; et, en conscience, il nous le doit.

Pour nous, nous n'avons jamais donné le proto-iodure de fer dans la phthisie, mais nous avons quelquefois administré l'iodure de potassium, et assez souvent les sels ferrugineux. Or, sans préjuger ici les effets du proto-iodure de fer, nous déclarons avoir à nous plaindre en général, et des iodures et du fer séparément, parce que nous aimons mieux les phthisies lentes que les phthisies galopantes.

Quant à un régime alimentaire analeptique, et plus copieux qu'on ne le permet d'habitude, quant aux amers, au cachou, au lichen, au quinquina, aux balsamiques pris en mangeant et enveloppés ainsi avec un peu de vin de Bordeaux dans la masse alimentaire, nous avouons en faire un grand cas dans le traitement de la phthisie, surtout lorsque ces repas peuvent être pris gaiement, en société, et suivis de promenades ou d'exercices agréables, dans les conditions enfin d'une vie un peu insoucieuse.

Quoi qu'il en soit, on peut rencontrer des indications pour le traitement proposé par M. Dupasquier, et c'était pour nous un devoir de le signaler à nos lecteurs, tout en leur faisant remarquer combien, dans la phthisie pulmonaire, il est bon d'être en garde contre un médicament formé des deux substances de la matière médicale les plus spécialement capables peut-être, par leurs effets physiologiques bien connus, de fluxionner et d'irriter l'appareil pulmonaire. (*Gazette médicale*)

TRAITEMENT DE L'HYDRENCÉPHALE *à l'aide de la compression avec des bandelettes agglutinatives*, par le docteur Engelmann. — L'hydrencéphale est une maladie qui jette le désespoir dans les familles et contre laquelle échouent toutes les ressources. Dans des cas aussi graves, il est permis de tenter un moyen aussi rationnel et aussi simple que celui que prône depuis long-temps le docteur Engelmann, et à l'appui duquel il a déjà plusieurs fois invoqué des faits qui sont de nature à éveiller l'attention des praticiens.

Il est facile d'appliquer ce bandage compressif sur la tête des enfants, et on ne lui a jamais reconnu d'autre inconvénient que celui de causer quelquefois de légères excoriations ou de faibles congestions cérébrales pendant la dentition, inconvénients faciles à éviter en levant le bandage pour quelque temps.

On le maintient depuis quelques semaines jusqu'à un an. Il empêche la dilatation ultérieure du crâne; les facultés intellectuelles n'en souffrent pas et les os se solidifient. L'état général des enfants est amélioré; leur sommeil est plus calme, ils ne se réveillent plus en sursaut, ne poussent plus des cris

aigus et cessent de grincer les dents. Ils portent mieux la tête ; la physionomie, auparavant triste et souffrante, devient plus ouverte ; ils prennent de nouveau plaisir à leurs jouets, et leur regard est moins incertain. Le symptôme qui disparaît le dernier est de dormir les yeux entr'ouverts.

Les quelques succès dûs à la compression appliquée au traitement des hydropisies d'autres cavités splanchniques, permettent de concevoir ceux-ci et de répéter les essais à l'aide desquels on les a obtenus.

(*Medicinische Annalen; par* Puchelt, Chelius et Naegelé.)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI MÉDICAL DE LA NAPHTALINE.

La naphtaline est, comme on sait, un bicarbure d'hydrogène qui a été découvert par Reichenbach parmi les produits de la distillation du goudron. Jusqu'ici il n'avait pas été employé en médecine. Plusieurs tentatives ont été faites récemment pour utiliser ce produit; nous allons en rendre compte.

Suivant M. Rossignon, la naphtaline possède beaucoup des propriétés physiques et physiologiques du camphre ; elle pourrait le remplacer dans quelques applications thérapeutiques ; elle coûte meilleur marché que lui : la naphtaline pure peut aujourd'hui être donnée à 3 fr. les 500 grammes. En dissolvant 1/40 de naphtaline dans l'eau-de-vie, on obtient une *eau-de-vie de naphtaline* qui pourrait remplacer l'*eau-de-vie camphrée* et serait plus économique.

La naphtaline, administrée à l'intérieur, chasse activement les vers intestinaux. On peut, avec ce produit, faire des pommades qui ont été utilement employées pour combattre les inflammations chroniques des paupières.

M. Emery a employé la pommade de naphtaline pour remplacer la pommade au goudron dans le traitement des dartres sèches, et entre autres de divers psoriasis et de la lèpre vulgaire. Voici la formule qu'il recommande :

Naphtaline..... 2 grammes.
Axonge....... 30 grammes.

Nous arrivons maintenant aux nouvelles applications proposées par M. Dupasquier. Quand on met en contact avec la langue un ou deux centigrammes de naphtaline, on a bientôt la sensation d'une saveur forte, âcre et désagréable; bientôt on éprouve, depuis le voile du palais et l'extrémité supérieure du pharynx jusqu'à la muqueuse qui tapisse les bronches, une sensation de chaleur qui s'accroît peu à peu et se change en un picotement incommode, lequel ne tarde pas à déterminer la toux et l'expulsion d'un ou de plusieurs crachats, s'il se trouve du mucus bronchique ou des mucosités filantes accumulées dans les voies aériennes. Cet effet, qui est celui propre aux médicaments incisifs, expectorants, est infiniment plus prononcé avec la naphtaline, que lorsqu'il est produit par la gomme ammoniaque, le baume de tolu, l'acide benzoïque, etc., qui sont regardés comme les plus énergiques parmi les agents thérapeutiques de cette classe. Cette propriété de la naphtaline non encore signalée a fait penser à M. A. Dupasquier que ce bicarbure d'hydrogène pourrait prendre place et même être mis en première ligne parmi les médicaments expectorants. L'expérience clinique a confirmé cette prévision. La naphtaline, employée dans les cas où une vive stimulation de la muqueuse bronchique est nécessaire et même urgente, a produit d'excellents résultats. C'est ce qui est arrivé, par exemple, chez un assez grand nombre de vieillards débiles, atteints de catarrhe pulmonaire chronique, et arrivés à un état de suffocation imminente, par l'effet de l'impossibilité où ils étaient d'expulser les matières muqueuses ou glutineuses qui obstruaient les bronches.

Voici les deux formules que M. Dupasquier emploie :

Looch à la naphtaline.

Looch blanc, nº 1.
Naphtaline, 50 centigrammes à 2 grammes.
F. s. a. un looch.

La naphtaline, étant insoluble dans l'eau, doit être long-temps triturée avec la gomme, afin de l'obtenir dans un grand état de division, et surtout pour qu'elle puisse rester long-temps en état de suspension dans le liquide. On administre ce looch par cueillerées à bouche de quart-d'heure en quart-d'heure.

2. *Sirop de naphtaline.*

Naphtaline........ 1 gramme.

Dissolvez dans la plus petite quantité possible d'alcool élevé à peu près au degré de l'ébullition, puis triturez avec sirop de sucre 125 grammes.

La naphtaline se dissout complétement dans l'alcool par l'intermède de la chaleur, mais elle se précipite aussitôt qu'on la mélange au sirop, ce qui fait que celui-ci devient trouble et prend l'apparence du sirop d'orgeat.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES SYPHILIDES OU MALADIES VÉNÉRIENNES DE LA PEAU, *précédé de considérations sur la syphilis, son origine, sa nature, etc.*, 1 vol. gr. in-8°, *accompagné d'un atlas in-folio, contenant douze planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées.* Par P.-L. Alphée Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris, 1843. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.—Prix 34 fr.

A l'histoire de la syphilis se rattachent plus ou moins directement les points les plus difficiles et les plus importants de la médecine, et spécialement de la pathologie humorale. Il suffit de rappeler que la syphilis est une maladie *virulente* et *héréditaire*, pour faire comprendre que les travaux de plusieurs siècles n'aient pu élucider toutes les questions qu'elle soulève. En effet, encore aujourd'hui des opinions contradictoires sont soutenues par des hommes d'un égal mérite, et si des convictions individuelles ont pu se former, la majorité des médecins flotte encore dans un doute jusqu'à un certain point légitime.

L'étude des *syphilides* est intimement liée par plusieurs points, et surtout par l'étiologie, à celle de la *syphilis*. M. Cazenave a tenu compte de cette union, et il a consacré, sous le titre d'*Introduction*, les deux cents premières pages de son livre à la discussion des propositions suivantes :

1° Il y a une maladie syphilitique ;

2° La syphilis existait dans l'antiquité ;

3° La maladie syphilitique est virulente, et il n'y a qu'un seul virus;

4° La syphilis est contagieuse;

5° La syphilis est héréditaire ;

6° Le mercure est le meilleur remède à opposer à la syphilis.

Après avoir ainsi assuré son point de départ, l'auteur entre largement en matière et s'occupe de l'action du virus syphilitique sur l'économie, des symptômes vénériens primitifs et secondaires; et il établit tout d'abord que les syphilides, le plus souvent accidents secondaires, sont cependant aussi quelquefois des accidents primitifs.

Dans la discussion des diverses questions que nous venons d'énumérer et qui avaient suscité dans ces derniers temps des opinions si étranges, M. Cazenave procède avec une telle abondance de preuves et une telle solidité de déduction qu'il ne laisse guère de prise à aucun doute. Toutefois, en adoptant sans réserve la plupart de ses conclusions, il en est quelques-unes pour lesquelles sa profonde conviction n'a pu entraîner la nôtre; et, comme nous lui reconnaissons volontiers une légitime autorité en ces matières, nous allons essayer de discuter avec lui l'un des plus difficiles problèmes qu'il ait essayé de résoudre, savoir :

Quelle est l'action du virus syphilitique sur l'économie? — Balfour, Duncan, Tode, Benjamin Bell, Hernandez, Baumez se sont tour à tour occupés de cette importante question. M. Cazenave fait connaître et apprécie les opinions de ces différents auteurs, puis enfin il se déclare l'adversaire de la doctrine de M. Ricord, qui toutefois, nous devons l'avouer, nous paraît encore la plus solidement établie de toutes.

Se fondant sur les résultats fournis par l'inoculation et sur des faits qui se comptent par milliers, M. Ricord a établi les propositions suivantes :

1° Le chancre est le *seul* symptôme vénérien *primitif;*

2° La blennorrhagie *simple* n'est qu'une inflammation de la muqueuse urétrale

3° La blennorrhagie n'est *syphilitique* que lorsqu'elle est accompagnée d'un chancre urétral ;

4° Le bubon *vénérien* est toujours consécutif à un chancre ;

5° Le chancre peut *seul* donner lieu à des symptômes secondaires ;

6° Le chancre n'est, à son début, qu'un symptôme local; ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il produit l'infection syphilitique ;

7° Vers le cinquième jour de sa durée, le chancre devient le siége d'une induration qui semble être l'annonce que le principe vénérien pénètre plus avant dans l'économie, et qui doit faire craindre des accidents secondaires;

8° En détruisant, par le caustique ou autrement, les chancres dans les trois, quatre ou cinq premiers jours *qui suivent l'application de la cause,* on prévient les accidents secondaires;

9° L'inoculation est le seul moyen de constater rigoureusement la nature d'un symptôme réputé *vénérien.*

M. Ricord a fondé sa doctrine sur l'observation et sur les expériences suivantes :

L'inoculation du pus chancreux à la période de progrès ulcératif produit *toujours* un chancre. Ce fait est établi aujourd'hui sur 1098 inoculations.

L'inoculation du pus de la blennorrhagie *simple* donne *toujours* un résultat négatif. Cette assertion s'appuie sur 1337 inoculations.

Si l'on cautérise un chancre dans les cinq premiers jours *qui suivent l'application de la cause,* on produit une *plaie simple* qui guérit

comme toutes les plaies de même nature.

Si l'on cautérise un chancre à une époque plus reculée, lorsqu'il est induré, la plaie qui succède à la chute de l'escarre n'est plus *simple :* c'est un nouveau *chancre.*

Nous n'avons point besoin de faire remarquer la lumière que jette cette doctrine sur la pathogénie de la syphilis, et la sûreté qu'elle apporte dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie. Il s'agit de savoir si, comme le pense M. Cazenave, cette doctrine ne repose que sur des erreurs et une mauvaise interprétation des faits. Examinons successivement les objections formulées par M. Cazenave.

1° *L'inoculation ne prouve rien, parce qu'elle peut échouer, soit que l'opération ait été mal faite, soit que le chancre ait cessé d'être inoculable.* La vaccination est quelquefois mal pratiquée et ne produit pas alors le développement des pustules caractéristiques. Qui voudrait en conclure que la vaccine doit être abandonnée? Cette première objection est donc moins sérieuse qu'elle ne l'a paru à notre auteur. Lorsqu'un chancre entre dans la période de réparation, il cesse d'être inoculable : cette circonstance devait se produire, et elle ne détruit en rien la valeur de l'inoculabilité primitive ; loin de nuire à la doctrine de M. Ricord, elle lui fournit une nouvelle preuve. Sans doute si le médecin n'est mis en présence d'un chancre que lorsque celui-ci est déjà en voie de cicatrisation, l'inoculation ne pourra lui faire découvrir si la plaie actuelle a été un chancre : il sera alors forcé de s'en rapporter au diagnostic rationnel; mais l'inoculation, bien faite, démontrera toujours si une ulcération *récente*, si un écoulement blennorrhagique, si un bubon sont ou ne sont pas syphilitiques.

2° *L'inoculation ne prouverait quelque chose que si elle était pratiquée sur un homme sain; car, chez un sujet infecté, une plaie quelconque tout accidentelle peut se convertir en ulcère caractéristique.*—Mais nous savons de reste que des inoculations ont été pratiquées sur l'homme sain par d'autres que M. Ricord, et il est évident que cette expérience n'est nullement nécessaire. En effet, si, comme le veut M. Cazenave, le muco-pus de la blennorrhagie simple est virulent et identique au pus chancreux, il doit donner les mêmes résultats d'inoculation que celui-ci, lorsque les deux opérations sont pratiquées dans les mêmes conditions. Dans l'opinion de M. Cazenave, le malade atteint d'une blennorrhagie est infecté comme le malade atteint d'un chancre; donc les deux pus, étant de même nature, doivent déterminer les mêmes résultats d'inoculation chez les deux malades. Or, le pus chancreux produit *toujours* un chancre ; le pus blennorrhagique donne *toujours* un résultat négatif. Il y a plus : voici un malade qui a simultanément un chancre, une blennorrhagie et un bubon ; on lui pratique trois inoculations, l'une avec le pus du chancre, l'autre avec le pus du bubon, la troisième avec le pus blennorrhagique ; on lui fait, de plus, une incision ou une opération quelconque ; les deux premières inoculations produisent des chancres, la troisième ne produit rien, et la plaie suit la marche qu'elle présenterait chez un homme sain. Que peut-on objecter à de pareils résultats, lorsqu'ils se montrent toujours les mêmes dans des milliers d'expériences? M. Cazenave ne nous paraît donc pas en droit de dire : « *L'inoculation, comme l'entend M. Ricord, n'a donc aucune valeur pour démontrer l'existence du virus syphilitique.* »

3° *Rien ne prouve, lorsque l'inoculation du pus blennorrhagique produit un chancre, qu'il existe un chancre dans le canal de l'urètre.* —Il y a une double réponse à faire. Si le pus blennorrhagique peut, par l'inoculation, produire un chancre en l'absence d'une ulcération urétrale, pourquoi ne donne-t-il 99 fois sur 100 que des résultats négatifs? Mais en outre, le plus ordinairement on parvient à découvrir le chancre urétral ; ce n'est que dans quelques cas de plus en plus rares, que celui-ci se dérobe à l'exploration. Ainsi sur 159 inoculations de pus urétral qui ont produit la pustule caractéristique, 141 fois le chancre a pu être reconnu.

4° *Les cas de chancres urétraux accompagnant une blennorrhagie sont excessivement rares, et cette rareté devient une exception, comparée à la fréquence de la blennorrhagie. D'un autre côté, les cas de syphilis constitutionnelle après une blennorrhagie sont très communs.* — Cette objection aurait certainement une très grande valeur si sa justesse pouvait être démontrée. Mais M. Ricord émet une proposition entièrement contraire à celle de M. Cazenave. Il assure que dans presque tous les cas de syphilis constitutionnelle il existe des traces de chancres, et M. Cazenave n'oppose à cette assertion qu'une autre assertion : « Sur 150 malades affectés de syphilis constitutionnelle, dit M. Cazenave, 60 n'avaient eu que des blennorrhagies *accompagnées ou non de bubons.* » Mais comment s'est-on assuré que ces 60 malades n'avaient pas eu de chancres? M. Cazenave rapporte des exemples de syphilis constitutionnelle déclarée 30 ans, 35 ans, 42 ans après des blennorrhagies très légères qui s'étaient terminées spontanément en 4 ou 5 jours! Est-ce en se fondant sur de pareilles preuves que M. Cazenave se croit en droit de dire : « *J'ai démontré l'identité des chancres et de la blennorrhagie?* » Sur 4,692 cas d'accidents constitutionnels observés par M. Ricord (c'est lui-même qui nous a communiqué ces chiffres), le chancre a été le seul accident primitif, 4,011

fois, dans les 681 autre cas, il y avait eu tout ensemble chancre et blennorrhagie.

On voit combien les arguments apportés par M. Cazenave sont controversables; et pourquoi ils ne nous ont point paru admissibles. C'est-là du reste l'un des points les plus essentiels de l'histoire de la syphilis; et la solution adoptée par M. Cazenave l'a naturellement entraîné à des solutions analogues relativement aux questions secondaires de l'incubation, de l'infection primitive, des syphilides primitives, des bubons d'emblée, et l'on prévoit que, différant sur les prémisses, nous ne saurions tomber d'accord sur les conséquences. Mais, ces grands problèmes mis à part, et une fois arrivés à l'objet essentiel du livre, nous retrouvons l'observateur sagace et le praticien habile, et nous n'avons plus que des éloges à lui donner.

Les syphilides n'ont occupé jusqu'à présent qu'une place très restreinte dans les ouvrages de dermatologie; en faisant de leur étude l'objet d'un traité spécial, M. Cazenave a rendu un véritable service aux praticiens. Son ouvrage est disposé avec méthode et présente un tableau aussi satisfaisant que possible des maladies vénériennes de la peau. L'historique est tracé avec soin, et M. Cazenave a mis à profit les travaux récents de MM. Humbert, Martins, Legendre, etc. Les symptômes, le diagnostic, le traitement surtout sont exposés avec tous les développements désirables, et des observations recueillies sous les yeux de M. Cazenave viennent encore ajouter à la clareté des descriptions.

Pour rendre son ouvrage plus complet, M. Cazenave a étudié, sous le titre de *symptômes concomitants des syphilides*, les tumeurs gommeuses, l'onyxis, l'angine syphilitique, les ulcérations des membranes muqueuses, la laryngite, l'iritis, les douleurs ostéocopes, les périostoses, les exostoses, etc. Les praticiens apprécieront la valeur de ce chapitre, qui est le complément obligé de l'étude des affections vénériennes de la peau, et qui, cependant, a toujours été négligé par les auteurs.

Nous ne voulons pas oublier de dire que l'ouvrage de M. Cazenave est écrit avec une élégance et une correction que l'on cherche souvent en vain dans les publications médicales contemporaines, et que les planches dont il est accompagné sont la représentation la plus fidèle de la nature à laquelle on puisse atteindre; et au total, c'est un des plus beaux livres dont se soit enrichie dans ces derniers temps notre littérature médicale.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle.

L'Académie des sciences dans cette séance, a donné les prix de 1841. La médecine n'a point eu de prix cette année; l'Académie a décerné à titre de récompenses:

A M. Bouillaud, pour son ouvrage sur les maladies du cœur...... 4,000 fr.

A M. Grisolle, pour son ouvrage sur la pneumonie............ 2,000

A M. Becquerel, comme encouragement...................... 1,000

Les prix à décerner pour la médecine en 1844 ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine. Les ouvrages doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1843.

Dans le comité secret de l'Académie des sciences du 31 janvier, les présentations pour la place vacante dans la section de médecine, ont été faites dans l'ordre suivant:

MM. Andral et Poiseuille, *ex æquo*.
M. Cruveilhier.
MM. Bourgery et Jules Guérin, *ex æquo*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle.

M. H. Royer-Collard a lu l'extrait d'un grand travail sur l'influence qu'exercent sur l'économie végétale et animale diverses causes hygiéniques, et particulièrement une nourriture physiologiquement dirigée.

M. Pariset, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge de M. Marc.

M. Gérardin, secrétaire annuel, a proclamé les prix dans l'ordre suivant:

Concours de 1842.

L'Académie avait proposé, pour sujets des prix de 1842, les questions suivantes:

1° *Prix de l'Académie*:

« Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples et comparer ces cas sous leurs différents rapports; « ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné le prix; elle a accordé un encouragement de 500 fr. à M. Gély, chirurgien des hospices de Nantes.

2° *Prix Portal*:

« Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique depuis Morgagni jusqu'à nos jours; » ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire.

Ces deux prix n'ayant point été décernés; les deux questions sont remises au concours pour l'année 1844.

3° *Prix Civrieux:*

« Histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie, » ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné le prix; elle a accordé un encouragement de 500 fr. à M. Michéa, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 1.

L'Académie retire cette question, et propose pour sujet de prix en 1844:

« Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qui les caractérisent ; » ce prix est de 2,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours devront être adressés dans les formes usitées, au secrétariat de l'Académie, avant le 1er mars 1844.

4° *Prix Itard:*

Ce prix, qui sera décerné en 1843 au meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, paru au moins depuis 2 ans, consistera en une somme de 3,000 fr.

Les dernières séances de décembre ont été consacrées aux élections du bureau de l'Académie. M. Paul Dubois a été nommé président; M. Ferrus, vice-président; M. Dubois d'Amiens, secrétaire.

Les séances de janvier ont été employées à des communications et des discussions d'une importance assez secondaire; nous reviendrons sur les plus intéressantes dans le prochain numero.

Nomination de M. Dumas. Dans la séance du 1er février, l'Académie a nommé, dans la section de physique et de chimie, M. Dumas, qui a obtenu 83 voix. Les autres voix ont été obtenues par MM. Bouchardat, Lassaigne et Boudet.

VARIÉTÉS.

Depuis plusieurs années l'Académie de médecine est réduite à garder ses prix, à ne pouvoir distribuer ses couronnes. Et cependant le nombre des travailleurs, loin de diminuer, va sans cesse en augmentant; jamais, d'un autre côté, époque médicale ne fut plus remarquable que la nôtre par la multiplicité des recherches faites dans des directions variées à l'infini, et qui jettent tous les jours un vif éclat sur la médecine de notre pays. D'où vient donc qu'au milieu de cette activité qui enfante tant de travaux vraiment utiles, l'Académie de médecine n'en reçoive point qui soient assez dignes de ses palmes? pour découvrir cette cause, il suffit de lire le titre des questions proposées par le savant aréopage; on propose pour sujet d'un prix de 1,000 fr. ou de 1,500 fr. des questions de l'ordre le plus élevé, qui ne peuvent être étudiées convenablement dans l'espace d'une ou deux années, et qui exigent des recherches de toute sorte poursuivies avec un zèle infatigable et dans des conditions toutes spéciales. C'est dire que toutes ces questions sont insolubles pour la plupart des jeunes médecins, qui seuls ont assez de temps à consacrer à ces sortes de travaux.

Si l'Académie, au lieu de ces questions si vastes, si complexes, et partant si difficiles, donnait pour sujets de prix des questions simples, bien circonscrites, sur les points de la pathologie, qui réclament encore de nombreuses recherches, alors elle recevrait peut-être des mémoires faits avec tout ce soin que comportent les investigations contemporaines; elle servirait par conséquent la science en encourageant les médecins, et en faisant éclore de bons travaux.

L'Académie de médecine pourrait encore, si ce dernier moyen ne réussissait pas, prendre un autre parti qui serait probablement le meilleur. Ce serait de supprimer *les questions de prix*, et de couronner chaque année le meilleur ou les meilleurs travaux de pathologie, qui auraient paru l'année précédente. Les auteurs, qui, pendant longues années consacrent leur temps à méditer et à recueillir des faits nombreux sur un point de pathologie, qui a de l'attrait pour eux, puisqu'ils l'ont choisi pour objet de leurs études, verraient leur zèle sans cesse encouragé, et la science y gagnerait, car ces travaux sont généralement supérieurs à ceux qui sont échafaudés à l'improviste et dans un délai très court pour une question de prix. C'est dans ces vues sages qu'Itard a fondé un prix que l'Académie distribuera tous les 3 ans aux meilleurs travaux de pathologies interne.

Enfin nous rappellerons que l'Académie des sciences, en décernant des prix aux plus belles découvertes médicales et chirurgicales de notre siècle, a stimulé le zèle de bons observateurs et a fait naître des travaux vraiment utiles, tandis que la plupart des questions de prix qu'elle a proposées n'ont pas fait surgir des travaux d'une grande valeur.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie.* — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue du Cherche-Midi, n° 42.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET C
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER,** Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU,** Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES.**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

MARS 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur l'emploi de la paracenthèse thoracique dans la phthisie pulmonaire, par M. BRICHETEAU, *médecin de l'hôpital Necker.*

Les avantages que l'on a quelquefois obtenus de la ponction de la poitrine dans certains cas de vomique qui ressemblaient plus ou moins à la phthisie pulmonaire, et qui ne sont nulle part plus remarquables que dans les observations rapportées par Pouteau (1), ont sans doute donné l'idée d'avoir recours à cette opération dans la maladie qui nous occupe. Un fait singulier rapporté par le chirurgien Blegny (2), a pu aussi faire concevoir des espérances d'une telle opération. Ce chirurgien rapporte que le fils de M. de La Genevraye, gentilhomme d'une grande considération, reçut, en 1670, un coup d'épée dans la poitrine entre la 4e et 5e des vraies côtes et à côté du téton; que la plaie fut pansée méthodiquement et cicatrisée, et qu'au moyen des évacuations purulentes qui se firent par cette plaie, le jeune de La Genevraye, qui était un pulmonique désespéré, recouvra entièrement la santé. Ce cas rapporté par Blegny ne pouvait raisonnablement servir de base solide à ceux qui ont proposé la paracenthèse dans la phthisie pulmonaire; car la

(1) Œuvres posthumes, t. I.

(2) Nouvelles Découvertes dans toutes les parties de la médecine, Paris, 1679.

simple assertion de ce chirurgien ne suffit pas pour admettre que son malade fût phthisique ; tout au plus peut-on croire qu'il était atteint de vomique ou de pleurésie chronique, comme les malades dont parle Pouteau. Mais d'autres médecins d'une autorité bien autrement recommandable ont eu cette idée, sans s'appuyer sur le fait raconté plus haut. Ainsi Gilchrist, dans son livre sur l'utilité des voyages en mer, propose le même moyen. Baglivi, qu'on ne peut assurément accuser de témérité, s'étonne que les médecins n'aient pas eu encore l'idée de déterminer le siége du foyer de la suppuration du poumon chez les phthisiques, et de donner issue au pus par une incision.

« Phtisis ab ulcere pulmonum, *dit-il*, vulgò pro incurabili derelinquitur, et « quia, ut aiunt, tale ulcus internum est et occultum, nec ut alia externa ulcera « mundificari et à pure abstergi potest; sed quare non id agant medici, ut inves- « tigent ulceris situm, eoque detecto, sectionem inter costas instituant ut me- « dicamenta introduci possent, rationem sanè non agnosco. Elapso septennio, « cum essem Patavii, vir quidam accepit vulnus in dextrâ thoracis parte ad « pulmonem usque penetrans; quod vulneris genus quamvis lethale sit, chirur- « gus tamen solertissimus sectionem inter costas fecit per longitudinem ferè « sex digitorum, ut situm vulnerati pulmonis detegeret; eo igitur detecto, per « vulneraria syringationibus et turundulis introducta, elapsis duobus mensibus « perfectè cicatrisavit. Eamdem propemodum sedulitatem tentare deberent prac- « titantes in curando pulmonum phtisicorum ulcere, ne, tanto artis dedecore, « catalogus morborum incurabilium quotidiè immensum augescat (1). »

En y réfléchissant, on ne devine pas pourquoi la paracenthèse chez les phthisiques serait plus périlleuse que chez les malades atteints de vomique ou d'empyème; car la pénétration de l'air dans l'intérieur du poumon qu'occupe la fonte tuberculeuse, n'implique pas un danger plus grand que celui de la suppuration de la cavité pleurale ; peut-être même les accidents de compression sont-ils moins redoutables; car les parois des cavernes chez les tuberculeux sont pour l'ordinaire solidement organisées, et ne paraissent pas devoir céder au poids de l'atmosphère: tandis qu'il n'en est pas ainsi du poumon comprimé à l'extérieur par un épanchement purulent. Resterait donc à déterminer l'utilité de cette opération, et la manière de pénétrer sûrement dans le foyer tuberculeux. Chose bien singulière! Ces deux grandes difficultés ne semblent pas avoir occupé ceux qui ont proposé un moyen si insolite, tant il est vrai que la préoccupation de l'esprit humain est bien grande, même dans les sujets les plus graves. Quoi qu'il en soit, il s'est trouvé de notre temps un praticien qui a osé mettre à exécution le conseil vaguement donné par Gilchrist et Baglivi, et pénétrer jusqu'au foyer purulent du poumon des phthisiques.

On lit dans le journal complémentaire des sciences médicales de 1830, et dans le travail intitulé: *Essais tendant à obtenir la guérison de certains cas de phthisie pulmonaire par des moyens chirurgicaux*, que le docteur Krimer, auteur de ce travail, désespérant des jours d'une femme phthisique à l'âge de 26, ans à laquelle il donnait des soins, pratiqua l'opération de la paracenthèse avec l'assentiment de plusieurs confrères, en pénétrant dans la poitrine par une incision faite entre la 5e et la 6e côte à environ 3 pouces du sternum. Il fit d'abord une incision préliminaire de 2 pouces, mit la plèvre costale à découvert, y fit une ouverture pour introduire une sonde afin d'explorer l'état du poumon ; cette exploration causa des douleurs qui forcèrent de la suspendre, et d'appliquer un bandage sur la plaie ; on l'enleva au bout de deux heures et il se trouva inondé de matière purulente; réappliqué et de nouveau trouvé imbibé de la même matière une heure après, l'auteur en conclut qu'une ou plusieurs cavernes s'étaient vidées dans la poitrine, par l'influence

(1) Baglivi *Praxeos medicinæ*, lib. 11, pag. 317.

de l'action irritante de l'air et de la contraction des fibres musculaires des organes de la respiration. Comme d'ailleurs la malade était considérablement soulagée, M. Krimer se crut dispensé de tout autre procédé opératoire ; seulement il agrandit la plaie faite à la plèvre, et la porta à 4 lignes, puis fit coucher la malade sur le côté opéré afin de procurer au pus un plus libre cours. Après des accidents inflammatoires alarmants qu'on combattit par des saignées répétées, l'état de la malade devint de plus en plus satisfaisant; l'écoulement de la matière purulente se prolongea jusqu'au huitième jour de l'opération ; et à la fin de la sixième semaine on pouvait espérer une prompte guérison, lorsqu'à la suite d'un excès de régime la malade succomba à une pneumonie. A l'ouverture du corps, le poumon droit fut trouvé hépatisé et la plèvre costale et pulmonaire était recouverte d'une fausse membrane ; une certaine quantité de sérosité était épanchée dans le côté; des tubercules existaient au sommet du poumon; le poumon du côté opéré était également enflammé et adhérent à la plèvre, il contenait plusieurs petites vomiques ou cavernes, dont l'une avait été ouverte et se trouvait presque comblée et tapissée de bourgeons charnus; d'autres petites vomiques communiquaient avec des ramifications bronchiques. Cette caverne avait l'ampleur de la coquille d'un petit œuf de poule et communiquait avec l'incision par une ouverture de 5 lignes carrées environ.

Nous devons louer Krimer d'avoir osé faire une tentative hardie qui a prolongé la vie de sa malade et ne paraît avoir eu aucun inconvénient réel: nous ne nous dissimulons pas toutefois ce que le procédé pouvait avoir de dangereux s'il était mis en pratique par un médecin peu instruit et incapable de porter un diagnostic rigoureux sur les maladies qu'il observe.

En effet, sans parler ici de la difficulté fort grande de déterminer le siége du foyer purulent, il y a une circonstance bien grave et qui rendrait probablement inutile une pareille opération, c'est l'état avancé de la maladie alors que cette opération devient possible. En effet, quand la fonte tuberculeuse est réunie en foyers, quel moyen peut être utile aux malades? De plus, ces foyers sont rarement uniques, il s'en forme plusieurs à la fois, puisqu'il y a très souvent dans le poumon plusieurs noyaux tuberculeux, comme l'atteste d'ailleurs le fait publié par Krimer. Et puis, il faut bien le dire, ce ne sont pas les collections purulentes qui font périr les phthisiques, puisqu'ils ont presque toujours la facilité de les évacuer par l'expectoration, ce sont leur formation incessante, l'envahissement toujours croissant de la substance du poumon, etc. Le cas où cette opération serait utile se bornerait donc aux individus qui ne présenteraient qu'un foyer tuberculeux, ou chez lesquels la fonte tuberculeuse d'une éruption serait constituée de manière à devancer de beaucoup les autres.

Outre les faits que nous avons indiqués plus haut, il en est d'autres épars dans les auteurs ; nous citerons ceux rapportés dans le mémoire posthume de Pouteau sur la phthisie pulmonaire (1). Il y a en effet dans ce mémoire des observations remarquables d'empyème, que cet auteur intitule mal à propos *phthisies*. Il pratiquait au surplus la médecine à une époque où le diagnostic des maladies était difficile à établir. Il est évident aujourd'hui que Pouteau n'a eu souvent à traiter que des épanchements purulents, et que s'il y avait des tubercules dans les poumons de ses malades, ils étaient peu nombreux, et probablement à l'état de crudité.

Malgré les objections que l'on peut faire à la paracenthèse de la poitrine ou à tout autre procédé équivalent, cette opération, quand elle est possible, n'eût-elle pour objet que de faciliter le rétrécissement et l'oblitération d'une caverne tuberculeuse, que d'arrêter ou du moins de modérer cette sécrétion de pus par la membrane accidentelle des parois caverneuses, on pourrait à bon droit

(1) Ouvrage cité, pag. 313.

la tenter pour prolonger les jours du malade. C'est le but que nous nous sommes proposé et que nous croyons avoir atteint dans le fait suivant que nous allons raconter avec tous ses détails. Que si le résultat ne paraît pas assez satisfaisant pour quelques esprits exigeants et sévères, qui ne voient en perspective que l'entière guérison des maladies, au moins ne refuseront-ils pas de nous accorder que cette nouvelle tentative hardie, si l'on veut, mais non pas téméraire, tend à reculer les limites de notre art, comme le demandait Baglivi dans quelques considérations qui précèdent le passage que nous avons cité.

Nous ne poserons pas ici les règles à suivre dans cette opération, cela étant du ressort de la chirurgie; il sera évident d'ailleurs, pour tout praticien, qu'une telle ponction n'est raisonnablement praticable que lorsque la caverne est superficielle, qu'il y a très grande probabilité qu'il existe des adhérences entre les parois de cette caverne et celles de la poitrine, etc., etc.

OBSERVATION.—*Phthisie pulmonaire.—Tartre stibié à petites doses.—Cautères multipliés sous la clavicule droite.—Ouverture extérieure de la caverne.—Extraction de pus et de matière tuberculeuse. — Affaissement et oblitération partielle de l'excavation. — Amélioration considérable et guérison probable pendant quinze mois.—Mort des suites d'une péricardite au moment où la santé semblait le plus consolidée.*

Huard, journalier, âgé de 29 ans, demeurant rue de Sèvres, n° 78, dit s'être toujours bien porté jusqu'au mois de mai 1835, époque à laquelle il fut pris, sans cause connue, de toux et d'une légère dyspnée : au mois de septembre de la même année, il commença à cracher du sang, ce qui ne l'empêcha pas de faire pendant quatre mois le service pénible de garçon d'hôtel garni. Au mois de janvier 1836, la toux, la dyspnée, l'inappétence le forcèrent d'entrer à l'hôpital Necker; il y resta trois mois : pendant ce temps on lui fit quelques saignées, on lui appliqua des sangsues sur la poitrine; il alla ensuite passer deux mois à l'hospice de Picpus comme convalescent. Lorsqu'il sortit de cette maison, il se trouvait beaucoup mieux quoiqu'il eût cependant toujours de la toux, de la dyspnée, et quelquefois des crachats teints de sang ; sa position se trouva néanmoins assez améliorée pour qu'il pût travailler cinq mois consécutifs dans les ateliers de la manufacture des tabacs, *au triage des feuilles*. Au bout de ce temps-là, les symptômes mentionnés plus haut s'aggravèrent; Huard entra à l'Hôtel-Dieu où il resta pendant 28 jours sans éprouver aucun soulagement ; il revint alors à l'hôpital Necker, dont il sortit après un séjour de 3 mois sans presque aucune amélioration dans sa santé. Il resta 4 ou 5 jours chez lui, et entra ensuite à l'hôpital Cochin. Il y éprouva du mieux, et il l'attribua à l'emploi de la digitale pourprée. Il sortit de cet établissement 6 semaines après, voulut reprendre son travail; mais il fut bientôt obligé de rentrer dans le même hôpital où il séjourna de nouveau jusqu'au 10 mars 1839.

Dans ce dernier séjour, l'état du malade empire manifestement; il n'a ni appétit ni sommeil; toux, oppression, sueur, chaleur à la peau vers le soir, diarrhée légère, tels furent les syptômes fâcheux qui vinrent s'ajouter à ceux que nous avons mentionnés plus haut.

Le 16 mars 1840, Huard entre de nouveau à l'hôpital Necker, où nous l'observons pour la première fois ; il nous donne les détails suivants sur ses *antécédents*. Ses parents se portent parfaitement bien; le père et la mère de ceux-ci sont morts l'un à 78 et l'autre à 86 ans. Jusqu'à l'âge de 14 ans, le malade a habité un logement sain et bien exposé; sa nourriture était confortable et suffisante ; mais il convient avoir abusé de la masturbation même avant la puberté et s'être plus tard livré à des excès avec les femmes.

Etat actuel, taille d'environ 5 pieds ; membres grêles; constitution faible et lymphatique; cheveux blond chatain; pâleur du visage; amaigrissement, inappéten-

cé; pouls petit, faible, sans fréquence, sans chaleur à la peau; respiration fréquente; voix rauque avec douleur au larynx et dans divers autres points de la poitrine; râle, matité, gargouillement humide, bourdonnement de la voix sous les deux clavicules, mais plus étendu et plus considérable du côté droit que du côté gauche; crachats épais, muqueux; le malade n'éprouve ni sueurs ni diarrhée; il a de l'appétit, digère assez bien, a un moral excellent, un vif désir de guérir.

Nous reconnaissons que Huard est atteint de phthisie pulmonaire et nous le mettons à l'usage de potions stibiées à prendre par cuillerée soir et matin, trois heures avant et après le repas. Les premiers jours il y eut quelques vomissements le matin seulement; et plus tard quelques simples régurgitations.

Le 13 avril on suspend cette potion à cause du dévoiement qui en était résulté; mais on la prescrivit de nouveau, et elle fut très bien tolérée jusqu'au 29 où la diarrhée reparut et força de nouveau à suspendre le remède.

1er et 3 mai, on substitue à l'émétique des pastilles d'ipécacuanha. Après plusieurs vomissements le malade se trouve beaucoup soulagé; on continue pendant quelques jours 2 décigrammes d'ipécacuanha en 2 doses. On le laisse ensuite reposer pendant quelque temps; Huard se trouve bien, il a bon appétit, pas de sueurs, pas de diarrhée, pas de fièvre le soir, il dort assez bien. Néanmoins on ne tarda pas à reconnaître qu'il existait de la pectoriloquie et une caverne superficielle; un large cautère avait été placé au moment de l'entrée du malade sous la clavicule droite, on en appliqua successivement deux autres au fond de la plaie résultant du premier.

Pendant le mois de juin, on remit le malade à l'usage de la potion stibiée; mais il s'en dégoûta promptement et il fallut y renoncer. Il se plaint pour la première fois de douleurs et de picotement au larynx; la toux est toujours fréquente et sèche; différents points douloureux se font sentir par intervalle dans la poitrine; et néanmoins Huard se soutient et mange la demie et même les trois quarts de portion.

Pendant le mois de juillet le malade éprouve beaucoup d'oppression en montant l'escalier de la salle. Du côté droit la respiration est caverneuse; on perçoit du gargouillement, de la pectoriloquie et une sorte de vibration métallique à la fin de la toux. Du côté gauche, la respiration est légèrement caverneuse, mais sans pectoriloquie.

Tous les jours, l'élève chargé du pansement creuse la plaie formée par le cautère, tantôt en y ajoutant de la potasse caustique, tantôt en cautérisant avec un crayon de nitrate d'argent.

Le 11 août 1840, la plaie ayant déjà acquis une assez grande profondeur que nous jugeâmes par approximation être celle de la caverne que nous avions diagnostiquée, une ponction fut faite à l'aide d'un bistouri qui pénétra jusqu'à la profondeur de huit lignes. Deux ou trois pois sont entassés dans l'ouverture dilatée; le lendemain on retire de la caverne, car on y était parvenu, une matière blanchâtre semblable à du mastic délayé, avec un peu de liquide et des débris organiques. On continue pendant quelques jours à retirer du fond de la plaie cette même matière analogue à du mastic desséché qu'on aurait ensuite délayé dans l'eau; on introduit pendant plusieurs jours dans divers sens et à une certaine profondeur une aiguille à acupuncture sans déterminer aucune douleur.

La plaie profonde et pénétrante faite par les premiers cautères et le bistouri ne tarda pas à se combler, à se cicatriser, et fut remplacée par une vaste excavation au fond de laquelle on ne percevait aucun des phénomènes signalés plus haut (gargouillement, pectoriloquie, etc.).

Ce qui nous fit penser que la caverne où nous avions pénétré s'était comblée, que les parois avaient contracté des adhérences après que toutes les matières contenues dans cette excavation en eurent été expulsées.

Du reste, les forces du malade se soutenaient assez bien ; il avait de l'appétit, faisait chaque jour de l'exercice, se plaignait seulement d'une douleur au larynx dont nous avons parlé plus haut; douleur qui nous fit craindre quelquefois que ce malade n'eût une ulcération au larynx. Ce n'était pourtant, comme on le verra, qu'une supposition gratuite.

Huard demeura dans un état stationnaire que l'on pouvait considérer comme une guérison momentanée, du moins, jusqu'au mois de mai de l'année suivante où il fut pris, dans l'hôpital qu'il n'avait pas quitté, d'une péricardite aiguë qui l'enleva en peu de jours.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes, à la partie moyenne du lobe supérieur, une caverne affaissée sur elle-même, presque entièrement comblée par un travail récent de cicatrisation, qui consistait en des bourgeons semi-celluleux, semi-cartilagineux. Le reste de cette caverne était inférieurement séparé du reste du poumon par une cloison ancienne fortement organisée et de nature cartilagineuse. Les deux lobes inférieurs du poumon ne contenaient que quelques rares tubercules très isolés ; le poumon du côté opposé ne contenait aussi qu'un très petit nombre de tubercules épars dont quelques uns étaient passés à l'état crétacé ; il pouvait suffire aux besoins de la respiration.

Le péricarde était doublé par une fausse membrane récente ; sa cavité contenait une certaine quantité de sérosité récemment épanchée.

Mémoire sur une épidémie de dysenterie *qui a régné à Versailles et dans ses environs, depuis les premiers jours d'août* 1842 *jusqu'au commencement d'octobre de la même année;* par M. Perrier, *médecin-adjoint de l'hôpital de Versailles.* (Fin) (1).

Symptomatalogie.

Après la lecture de ces remarquables désordres, une chose plus curieuse encore consiste dans le petit nombre et la localisation des symptômes qu'ils ont produits.

Dans tous les premiers cas observés et dans la presque totalité des cas, pas de réaction sur les centres nerveux, pas d'accélération appréciable dans la circulation, en un mot, pas de fièvre. Peut-être, dans la forme adynamique, l'abaissement du pouls, la stupéfaction pouvaient facilement s'expliquer ; mais, dans les cas moyens, dans les cas graves, l'état normal de la langue, du pouls, sont des choses qui nous semblent devoir surprendre à un haut degré.

Pour la description des symptômes, nous pensons devoir distinguer leurs groupes différents, en les rapportant à 4 degrés de la maladie que nous nommerons ainsi qu'il suit :

1er degré ou cas léger.—Dysenterie légère.
2e degré ou cas moyen.—Dysenterie plus grave.
3e degré ou cas grave.—Dysenterie algide.
4e degré, cas très grave.—Dysenterie algide et adynamique ou gangreneuse.

Ces distinctions nous serviront encore dans la discussion des moyens de traitement employés.

Dans le premier degré de la dysenterie, les symptômes observés étaient les suivants : Le premier jour, le malade se sentait pris de coliques suivies de selles bientôt liquides ; quelquefois les coliques manquaient ; le nombre des selles était de 10 à 15 en 24 heures. Vers le troisième jour ces évacuations devenaient sanguinolentes, quoique le ventre restât insensible à la pression. Cependant le malade conservait encore de l'appétit, sa langue était naturelle, sa peau souple et sa température régulière, le pouls négatif. Après 3 ou 4 jours d'abstinence, le sang dispa-

---

(1) Voir le numéro de février, page 33.

raissait des selles qui, le plus souvent, n'avaient pas cessé de contenir des molécules stercorales. Le nombre des garderobes revenait à une ou deux en 24 heures. Enfin quelques jours de diète lactée ou végétale achevaient la guérison.

Dans le second degré, le mode d'invasion était à peu près le même; seulement le nombre des garderobes s'élevait rapidement à 30 ou 40 par jour. Elles cessaient bientôt de contenir des molécules stercorales pour n'être plus formées que d'un mucus épais semblable à du mucilage de graine de lin ou à du blanc d'œuf mêlé de stries de sang. Vers le matin surtout, le mucus, intimement mélangé au sang, prenait une couleur rosée qui le faisait ressembler à la fibrine lavée.

A ces symptômes, se joignait la fatigue sans prostration, la fraîcheur de la peau qu'entretenait le besoin souvent répété de sortir du lit.—C'est vers la fin du premier septénaire et le commencement du second que les selles étaient en plus grand nombre ; après cette époque, la matière des déjections prenait une couleur jaune nankin qui les rendait semblables à la première écume du bouillon de viande; alors le besoin des excrétions, ne se faisant sentir qu'à des époques éloignées, ne se prononçait plus que pour des évacuations copieuses, et le malade ne s'épuisait plus en efforts nombreux pour n'expulser qu'une petite pelote de mucus concret. Bientôt la maladie rentrait dans les limites que nous avons assignées à son premier degré ; la convalescence aussi était semblable. Pendant tout ce temps le pouls avait conservé sa régularité, la langue était nette et le ténesme n'avait jamais été bien douloureux: remarque que nous avons eu occasion de faire même dans les cas les plus graves. Ce qui a surtout distingué le second degré du premier, c'est la perte d'appétit et la docilité avec laquelle les malades consentaient à se soumettre au traitement et à la diète sévère qu'il exigeait dès le début.

Dans le troisième degré que nous avons caractérisé par le nom d'algide, parce qu'après le grand nombre des garderobes, le froid de la peau et sa coloration bleuâtre par le fait de l'accumulation et de la stase du sang dans les vaisseaux veineux sous-cutanés en sont le caractère le plus remarquable, les symptômes se succèdent dans l'ordre suivant. Le malade est pris de frisson, de fortes coliques, quelquefois de nausées : les évacuations sont sanguinolentes dès le premier jour; quelquefois le sang ne paraît que le lendemain. Les selles se succèdent avec une étonnante rapidité, leur nombre varie de 60 à 120 ou 160 en un seul jour. Dès le début, les cavités orbitaires se dessinent profondément, les joues se décolorent rapidement et deviennent terreuses, l'amaigrissement est extrême en peu de jours. Le pouls lent, mais assez rempli, donne à la palpation la sensation que fournit, au doigt qui la presse, une artère injectée de suif; les matières excrétées sont tout d'abord plus séreuses que muqueuses, elles sont le plus souvent comparables à l'eau dans laquelle ont macéré des muscles, ou à de la lavure de chair, *lotura carnium* de Stoll. Au milieu du liquide on voit nager les pellicules détachées de l'intestin. La fétidité des selles est extrême; on ne la compare qu'à ce qu'il y a de plus désagréable, l'odeur du poisson pourri par exemple. Le malade reste constamment froid; son ventre, déprimé fortement, n'est le plus souvent sensible à une assez forte pression que par place. La langue est nette, au moins à ses bords, car elle est quelquefois vers son centre hérissée de papilles blanches. Le maximum d'intensité de ces cas arrive du dixième au quinzième jour de la maladie. L'amélioration se manifeste avant tout par l'aspect du malade dont le découragement avait été profond. Jusqu'alors, couché en croissant dans son lit, il n'avait pas voulu quitter sa position même pour répondre un instant aux questions qui lui étaient adressées. Pour la première fois alors il regarde fixement ; ses poses révèlent de la volonté; il reprend de la confiance. Les selles deviennent plus rares; elles se mêlent à des molécules stercorales, prennent ensuite par le plus grand nombre de celles-ci, la couleur nankin que nous avons indiquée. Le malade demande à manger, il supporte assez bien les premiers aliments légers qui lui deviennent bientôt

insuffisants; quelquefois son avidité est extrême et l'on a la plus grande peine à diriger cette ardente convalescence. Nous n'avons vu que de très légères récidives dont quelques jours de soins ont triomphé.

Les caractères du quatrième degré se rapprochent beaucoup de ceux que je viens de décrire: cependant les malades qui en sont atteints portent un cachet profond d'adynamie remarquable dès le début, et qui, réuni au froid de la peau et à l'absence presque totale du pouls, m'a fait désigner ce degré sous le nom d'algide et d'adynamique. Chez ces malades la face est celle des cholériques; la voix est rauque et sépulcrale, le désespoir est complet; les papilles de la langue sont sèches et hérissées, et la peau a le froid des cadavres. Les selles d'une odeur insupportable sont continuelles et ressemblent au pus rouge et sanieux qui sort de certaines tumeurs ou d'abcès stercoraux. Le malade se refuse obstinément de croire aux assurances du mieux que l'on dit trouver en lui; la conviction de sa fin, qui est dans son esprit; est intime. Souvent il ne reprend l'espoir qu'au dernier moment. Si alors on lui parle de sa famille et de son pays qu'il ne désirait plus aller voir quelques jours auparavant, il répond qu'il veut bien partir; mais c'est de suite qu'il le veut. Dans ces cas la mort est venue, le plus souvent, mettre un terme prochain à ce dernier cri de l'espérance qui renaît, pour un instant, dans un corps où la lutte a cessé, et que la vie terrassée abandonne déjà.

Cependant, plus d'une fois ces signes d'amélioration que j'ai signalés dans la dysenterie algide se manifestent au milieu de cet état. Cette modification est moins évidente d'abord, mais lorsqu'elle se prononce, la convalescence se passe comme celle du troisième degré.

Je dois dire que le nombre encore assez considérable des malades qui ont survécu à cet état, est une chose qui étonne et qui semble incompréhensible, même pour un seul d'entre eux. Les forces vitales ont dû fournir à ces hommes des ressources qui ne me semblent renfermées dans aucune médication humaine. Ce ne sont pas les symptômes, qui, dans la période adynamique de la dysenterie, ne sont pas plus graves d'aspect que dans le choléra, que dans la période adynamique de la fièvre typhoïde, mais c'est la quantité des désordres anatomiques coïncidant avec ce degré de la maladie, qui nous fait parler ainsi, surtout lorsque nous savons que ces désordres n'ont besoin que de quelques jours pour atteindre leur summum d'intensité

Complications.

Deux fois, la fièvre typhoïde a compliqué la dysenterie grave. Les malades qui ont fait l'objet de ces deux observations ont heureusement triomphé de ce double mal. Dans les deux cas, aux signes fournis par les déjections se joignaient, comme caractères distinctifs, l'air d'étonnement de la face, la coloration des joues par plaques larges, les fuliginosités des dents, l'enduit croûteux de la langue, enfin de nombreuses pétéchies et des taches lenticulaires sur l'abdomen.

Deux dysentériques ont contracté, vers la fin de leur maladie, des varicelles sans importance.

Durée et terminaisons.

La durée de la dysenterie légère a été de six à huit jours; celle de la dysenterie du second degré, de huit à douze, non compris toujours le temps de la convalescence; celle du troisième degré, de quinze à vingt. La dysenterie du quatrième degré a compté des cas dont la terminaison a été favorable et pendant lesquels une médication énergique a dû être continuée, à l'exclusion des aliments, pendant vingt-quatre jours et plus.

Lorsque la mort a terminé la dysenterie, cette funeste solution est survenue presque toujours du cinquième au douzième jour de la maladie.

Presque tous les cas de dysenterie qui n'ont pas été mortels se sont terminés par résolution. Deux cas d'affection cutanée et un cas de rhumatisme articulaire déclarés chez des convalescents dysentériques n'ont pas eu de caractère critique assez évident pour qu'il soit possible de penser qu'ils aient eu quelque influence sur la maladie qui les avait précédés : pour nous il n'y a que simple coïncidence dans le fait de leur apparition.

Une ascite a pris naissance au déclin d'une dysenterie grave. Cette affection a cédé depuis à l'emploi des diurétiques, et le malade est sorti de l'hôpital, vers la fin d'octobre, en bon état de santé.

Le passage à l'état chronique n'a été observé dans aucun cas.

Diagnostic.

Pendant une épidémie surtout, le diagnostic ne peut offrir d'obscurité. En faisant la description des symptômes, nous avons donné les moyens de distinguer entre eux les divers degrés de la maladie. Les signes caractéristiques de la maladie résident tous dans la nature des excrétions. C'est là surtout qu'il faut les chercher ; ceux-là ne peuvent manquer, tandis qu'il n'en est pas ainsi des douleurs abdominales et du ténesme qui le plus souvent n'ont pas existé chez des hommes qui avaient par jour 150, 180 garderobes sanguinolentes.

Etiologie.

Nous devons nous borner ici à discuter la puissance génératrice des modificateurs hygiéniques qui ont agi sur Versailles, et voir en quoi l'observation de notre épidémie peut servir à éclairer les questions en litige.

Celle qui se présente la première, soit à cause de son importance réelle, soit à cause de l'apparition simultanée, aux armées, dans les villes ou dans les hôpitaux d'un grand nombre de dysentériques, est celle de la contagion.

La dysenterie est-elle contagieuse ? sans qu'il nous soit possible de trancher la question par un fait, voilà ce que donne notre observation.

L'hôpital militaire est situé à côté d'une caserne occupée par un bataillon du 68e de ligne, lequel a envoyé à l'hôpital 19 dysentériques qui tous ont survécu. Il résulte incontestablement de ce fait que les malades fiévreux blessés ou vénériens en traitement à l'hôpital au moment où l'épidémie se déclarait, que les infirmiers et tout le personnel hospitalier étaient exposés aux influences qui pesaient sur la garnison. Il était donc possible, sans qu'il fût besoin pour cela d'invoquer la contagion, de comprendre qu'un certain nombre de dysenteries pouvait se déclarer à l'hôpital ; restait à savoir si ce nombre avait été hors de proportion, comparativement à ce qui s'était passé dans les casernes. Loin d'être plus considérable, le nombre des dysenteries déclarées à l'hôpital a été bien au-dessous de ce qu'il eût été dans la caserne la plus heureusement traitée.

Sept cas de dysenteries ont éclaté dans les services de fiévreux.

Ces cas sont répartis ainsi qu'il suit :

Infirmiers militaires...........	3.
2e léger........................	1.
9e cuirassiers..................	1.
39e de ligne....................	2.

Quatre autres dans le service des blessés :

68e de ligne....................	1.
7e hussards.....................	1.
39e de ligne....................	1.
2e léger........................	1.

Aucun des vénériens, dont le nombre à l'hôpital est ordinairement de 120 à 150, n'a été atteint par l'épidémie. Les onze cas de dysenterie portent sur un nombre d'hommes qui, soit en malades en traitement, soit en personnel, devait être de 650 à 700.

Toutes ces dysenteries ont été moins graves que celles qui venaient de l'extérieur. Aucune n'a été mortelle.

Parmi les hommes que nous venons de citer, il en est un qui, en traitement depuis longtemps à l'hôpital pour une névralgie faciale, a contracté la dysenterie auprès d'un homme très gravement atteint; voilà tout ce que nous savons de relatif à la contagion. Ces faits ne lui semblent pas favorables et le seront encore moins lorsque nous aurons dit que les dysentériques ont été constamment dispersés au milieu des services et que l'obligation où l'on se trouvait de laisser les chaises auprès du lit des malades qui pouvaient tout au plus aller jusque là, n'a pas favorisé l'infection, même par des journées brûlantes.

Si maintenant nous considérons ce qui s'est passé à l'hôpital civil de Versailles, nous verrons que la transmission par voie de contagion n'y a pas non plus été observée. A la fin de juillet 1842, l'hôpital civil reçut 20 dysentériques qui venaient tous d'une ferme royale appelée *la Ménagerie*, et située à 2 kilomètres à l'ouest de Versailles. Ces malades furent confondus avec ceux qui déjà étaient à l'hôpital, ou qui y entrèrent depuis. Cinq de ces dysentériques moururent, et il ne se déclara pas, dans tout l'hôpital, *un seul cas de dysenterie*. Ces détails résultent de renseignements que MM. les docteurs Lenoble et Pénard, officiers de santé de l'hôpital civil, ont eu la bonté de donner à M. le professeur Trousseau, et que ce dernier m'a transmis.

Les conditions atmosphériques dans lesquelles nous a trouvé la dysenterie sont bien celles dans lesquelles on dit quelle se montre le plus souvent. Cependant l'année 1841 a été très froide et très pluvieuse; 1842 très sec et très chaud, et la dysenterie s'est montrée épidémiquement pendant ces deux années. En 1841, les cas ont été moins nombreux, la mortalité a été bien plus considérable.

Sous le point de vue du voisinage d'eaux stagnantes, Versailles se trouverait peut-être dans des conditions que l'on regarde comme favorables au développement de la dysenterie ; mais ces conditions ne sont pas nouvelles pour Versailles, elles ont pu être exagérées par la sécheresse de 1842 ; le niveau des eaux a pu changer ; les effluves ont pu s'en dégager en quantité plus considérable. Mais la dysenterie n'est pas endémique à Versailles, et si des modificateurs nouveaux ont pu surgir de conditions spéciales à 1842, pourquoi encore l'épidémie y a-t-elle sévi en 1841, année si froide et si pluvieuse? Les eaux des réservoirs ont acquis, dit-on, pendant l'été une saveur désagréable; mais les habitants partagent avec la garnison l'eau des réservoirs, et chez eux la dysenterie a été rare et peu grave. Cependant l'hôpital civil a reçu, comme je l'ai dit, quelques malades auxquels la dysenterie a été rapidement funeste. Les hommes travaillaient à quelques distance de la ville auprès d'une mare infecte. Quelques cavaliers cantonnés dans le même endroit ont été reconduits, déjà malades, dans leur quartier, plusieurs d'entre eux ont été ensuite conduits à l'hôpital. Parmi ces derniers deux sont morts.

Il semble impossible de rien conclure de précis au sujet de la valeur des influences locales sur la production de notre épidémie tant il y a eu de diversité dans l'origine des malades. La dysenterie s'est déclarée dans presque tous les camps qui entourent Paris. Nos malades sont venus de Saint-Cloud, de Courbevoie, du Mont-Valérien, etc.; mais le plus grand nombre et les cas les plus graves appartenaient à la garnison. Cependant on croit avoir remarqué que les casernes situées à l'est des eaux stagnantes avaient eu plus de malades que les autres, et, enfin, que les chambrées les plus maltraitées étaient celles qui s'ouvraient au-dessus des cours où était le fumier.

On a dit, il y a longtemps, qu'aux arméesla dysenterie sévit plus spécialement sur les recrues. Cette remarque n'a rien qui étonne lorsque l'on songe que les jeunes soldats chez lesquels un mal moral diminue la puissance d'assimiliation, plus faibles parce qu'ils sont plus jeunes, ont encore à s'habituer à une alimentation toute nouvelle pour eux. Cette remarque s'est trouvée en harmonie avec ce que nous avons observé. En effet, parmi les dysentériques on rencontrait en général de jeunes soldats dont plusieurs n'avaient que quelques semaines de service. Quelques-uns étaient à peine âgés de vingt-trois ans.

Les cavaliers ont été frappés les premiers. Chez eux le nombre des malades a été plus considérable que dans l'infanterie. Les cuirassiers ont été les plus maltraités. Cette différence, au lieu d'être inhérente à la présence d'écuries et de fumiers dans les casernes, ne tiendrait-elle pas plutôt à ce que les hommes que leur taille fait choisir à vingt ans pour cette arme ont à peine achevé à cette époque leur entière croissance. Chez ces hommes les membres sont encore grêles, les muscles pauvres ; le poids de la cuirasse et du casque les fatigue, et le travail qu'entraîne le soin des chevaux les épuise.

Traitement.

Au début de l'épidémie on a eu recours aux boissons émollientes et aux préparations opiacées administrées sous forme de potion et en lavements. Cependant le nombre des évacuations ne diminuait pas, leur nature était chaque jour plus alarmante et les deux premiers décès eurent lieu après cinq jours de maladie seulement. Alors on commenca à prescrire l'administration de la poudre d'ipécacuanha ; mais pendant les premiers jours ce moyen ne fut pas employé avec la persistance et l'assurance que réclame l'administration de la poudre antidysentérique. Plus tard les lavements astringents furent associés à l'ipécacuanha. La médication topique au moyen du nitrate d'argent sembla une heureuse ressource. Enfin, l'un des médecins de l'hôpital croyant ne pas trouver assez d'efficacité dans cette médication que l'on avait pu craindre comme trop énergique, avant de l'avoir employée, vers le 20 août eut recours au sulfate de soude qui depuis quelque temps lui donnait les plus heureux résultats dans le traitement de la fièvre typhoïde, la seule affection grave qui se fût mêlée au génie épidémique du moment.

Telles sont les diverses médications dont nous devons donner ici un compte séparé.

Médication émolliente exclusive ou réunie aux émissions sanguines.

La médication émolliente a été employée dans quelques cas légers ; ses succès dans de semblables circonstances ne peuvent être de nature à fixer l'esprit sur sa valeur. Unie à quelques émissions sanguines, elle a été employée vers le déclin de l'épidémie chez trente-deux malades, dans un nouveau service ouvert avec les premiers jours de septembre. Parmi ces malades quelques-uns atteints de dysenterie légère ne rendaient plus de sang à leur entrée à l'hôpital. Cependant quelques-uns ont été gravement atteints. Chez deux d'entre eux la dysenterie a été mortelle. Certains de ces trente-deux malades ont dit se trouver soulagés dans les bains, mais il a semblé que le bien-être qu'ils en retiraient ne dépassait pas la durée de l'immersion. Dans un autre service la médication émolliente a été sans succès pour deux malades chez lesquels on avait cru trouver plus de réaction qu'on n'en avait pu trouver jusque là chez les autres malades ; l'un de ces hommes a été traité exclusivement par les émollients ; chez l'autre une saignée de 450 grammes pratiquée dès le début a été suivie d'un refroidissement considérable et d'une perte notable des forces. Dans la plupart des cas de dysenterie algide et adynamique, il n'a pas semblé que l'on pût compter sur la médication

émolliente. Les émissions sanguines par les ventouses placées sur l'abdomen, par les sangsues appliquées à la marge de l'anus, n'ont produit aucun effet appréciable.

Médication par l'opium.

Il ne nous semble pas possible de discuter par des chiffres et de poser statistiquement les effets de la médication par l'opium. Nous ne pouvons que donner ici le résultat de nos convictions acquises par l'observation journalière des faits. Cette médication a été appliquée à presque tous les cas légers. Cette circonstance lui donne tout d'abord un avantage numérique trop considérable qui deviendrait une source d'erreur plus grande encore, si, en se fondant sur le nombre de jours qu'a pu durer cette médication chez le même malade, on la mettait en parallèle avec une autre plus énergique. L'opium à faible dose peut se donner longtemps; on peut le continuer avec les premiers aliments de la convalescence; on doit être plus circonspect avec le nitrate d'argent ou le sulfate de soude. Dans les cas graves, l'opium a compté quelques rares succès et des insuccès plus nombreux. Sur quatre-vingt-cinq dysentériques traités dans une division, l'opium a compté au plus deux guérisons dans des cas graves, trois décès ont été la suite du traitement; il a fallu l'abandonner trois fois. Comme indication thérapeutique générale, nous nous contenterons de dire que dans les cas des deux premiers degrés, l'action du laudanum de Sydenham même à assez haute dose, de 40 à 80 gouttes et plus en potion, de 15 à 20 gouttes en lavement soir et matin, pendant les vingt-quatre heures, est incertaine, et que, lorsque l'altération profonde de la muqueuse est révélée par la fétidité des selles, par la présence dans ces dernières de petites pellicules détachées de l'intestin, l'opium n'est plus utile; peut-être est-il nuisible.

Médication par le nitrate d'argent employé seul en lavement ou combiné à l'ipécacuanha administré en potion.

(Nitrate d'argent 0,50 à 1 gram.—Eau 1,000 gra.)

La médication par les lavements au nitrate d'argent a été employée dans des cas tous graves ou très graves : soit qu'à l'exclusion de tout autre moyen elle ait été primitive, soit qu'elle ait été consécutive à l'emploi de l'opium; soit qu'enfin, combinée à l'emploi de la poudre d'ipécacuanha, elle ait constitué dès le début de la maladie l'ensemble unique des moyens curatifs énergiques.

13 malades sur 85 ont reçu des lavements au nitrate d'argent. Ces malades sont entrés les 9, 10, 11, 14, 17, 20 et 22 août, c'est-à-dire pendant les plus mauvais jours de l'épidémie.

Dans la discussion des résultats donnés par cette médication, nous pensons qu'il convient de retrancher cinq de ces malades. En effet, le premier n'a reçu de ces lavements au nitrate que la veille de sa mort; le second, traité préalablement par l'opium et l'ipécacuanha, n'a reçu que fort mal les lavements qui lui ont été prescrits pendant deux jours, et auxquels a succédé jusqu'à sa mort un traitement exclusif par l'opium; le troisième, après deux jours de traitement par l'opium, a reçu, le 20 août, deux lavements au nitrate; mais l'incessante continuité des selles, le peu de temps que les lavements séjournaient dans l'intestin, lorsque toutefois ils pouvaient y pénétrer, ont déterminé le médecin-traitant à le mettre à l'usage de l'ipécacuanha en potion et de la décoction de ratanhia en lavements, médication qui semblait réussir à deux malades du même service. Après huit jours de ce dernier traitement, ce malade, que nous aurons à citer plus loin, se trouvait dans un état encore plus désespéré, qui ne redevint bon qu'après quatorze jours de médication par le sulfate de soude, non interrompue. Le quatrième, atteint d'une façon terrible, n'a reçu qu'un seul lavement prescrit le jour de son entrée. Enfin, le cin-

quième s'est plaint pendant deux jours d'un sentiment de brûlure causé par les lavements caustiques qui, dès lors, ont été remplacés par l'opium, qui a constitué le reste du traitement.

Reste donc à examiner sept malades.

Le nitrate d'argent a été administré primitivement à deux d'entre eux.

Chez le 1er. — Sept jours de traitement exclusif, suivis de trois jours de traitement par l'opium. Cas fort grave; mort le 12e jour.

Chez le 2e. — Cinq jours de traitement exclusif. Cas grave; sorti guéri.

Succédant à l'opium, il a été employé chez trois malades :

Chez le 1er (après un jour). — Le nitrate a été administré pendant quatorze jours, sans que le malade se soit plaint d'en souffrir. Cas très grave; sorti guéri.

Chez le 2e (après trois jours d'opium). — Deux potions d'ipécacuanha prescrites le premier et le quatrième jour, et quarante sangsues appliquées à l'anus le premier jour. — Quatorze jours de l'emploi du médicament. — A refusé quelquefois le lavement du soir. — Traitement achevé par l'emploi des opiacés pendant six jours. Cas très grave : sorti guéri.

Chez le 3e. — Après six jours de traitement opiacé et six ventouses scarifiées, placées sur l'abdomen le premier jour. — A reçu les lavements de nitrate pendant six jours; a eu une rechute après six jours de convalescence. — Traité pendant sa rechute par le sulfate de soude, lavements, pendant quatre jours.

Combiné à l'ipécacuanha en potion, le nitrate a été donné à deux malades primitivement.

Chez le 1er. — Cas très grave pendant toute la durée de la maladie; mort le onzième jour.

Chez le 2e. — Pendant le premier septénaire. Il a été abandonné ensuite, pour le sulfate de soude, pendant le deuxième septénaire. Cas très grave; mort le quinzième jour.

Ainsi, sur sept malades chez lesquels le nitrate d'argent a pu agir d'une façon quelconque, quatre ont guéri, trois sont morts.

Sur les cinq qui en ont reçu, mais pas assez pour que nous ayons pu les comprendre dans cette discussion, trois sont morts et deux ont guéri.

La médication avait été adoptée avec une sorte d'enthousiasme, et les espérances que l'on fondait sur elle étaient grandes; le choix que l'on en fit, vers le cinquième jour de l'épidémie, avait été suggéré par la vue des lésions pathologiques offertes par deux sujets, morts avec une effrayante rapidité; on avait à combattre une lésion à forme toute spécifique, assez externe pour être abordable aux moyens topiques, assez intense et assez rude dans sa marche pour qu'il n'y eût pas à la ménager. En songeant aux heureuses modifications que les muqueuses tirent du nitrate d'argent, il y avait matière à espérer beaucoup.

Quoique le nitrate compte parmi les quatre cas de guérison deux observations remarquables, il faut dire, cependant, qu'il n'a pas répondu à notre attente.

A la faible dose à laquelle il faut l'administrer, le nitrate est-il franchement caustique? Nous ne le pensons pas. Contre le désordre anatomique que l'on avait le plus souvent à combattre, la solution d'un gramme pour un kilogramme d'eau ne peut être suffisante, et cependant elle est trop excitante déjà pour la muqueuse encore saine. Elle ne peut décomposer les parties sphacélées et mettre dans des

conditions favorables de guérison la muqueuse débarrassée d'escarrhes. Sur ces treize malades, un seul n'a pas témoigné de douleur, presque tous les autres se sont plaints de coliques.

Cependant, sur soixante-quatorze malades traités dans une autre division, vingt-et-un ont été traités par le nitrate seul : dix-huit en ont retiré de bons effets, trois sont morts.

Combiné à l'ipécacuanha en potion, le nitrate a été donné à douze autres de ces soixante-quatorze malades; l'issue a été favorable chez huit, et quatre sont morts. Le médecin-traitant de cette division pense devoir beaucoup à l'emploi du nitrate.

Médication par la poudre d'ipécacuanha, associée à la décoction de ratanhia.

La médication par la poudre d'ipécacuanha, prescrite tous les jours à la dose de trois à quatre grammes, et associée à l'administration des lavements faits avec la décoction de ratanhia, a été employée avec succès chez deux malades. La modification favorable a été longue à se dessiner. Chez ces malades, l'ipécacuanha a été prescrit pendant quinze jours, et les lavements astringents continués deux jours encore après la suppression de la poudre antidysentérique.

Médication par le sulfate de soude.

Dans le service qui a reçu quatre-vingt-cinq dysentériques, trente-cinq, sur ce nombre, ont pris le sulfate de soude, soit en même temps en potion et en lavement, soit seulement en lavement.

La dose du sel a été de trente grammes pour les potions, et de vingt grammes pour les lavements. Les potions étaient administrées le matin, les lavements l'étaient deux fois par jour : un le matin à dix heures, l'autre de trois à quatre heures du soir.

Le sulfate de soude en potion et en lavement a été prescrit primitivement à vingt-cinq malades; les trois décès qui ont été la suite de ce traitement sont survenus, le premier après trois jours, le deuxième après cinq jours, le troisième après sept jours de l'administration du médicament, et tous trois dans des cas de la plus grande gravité. Dans les vingt-deux autres cas, il a toujours été pris sans interruption, de quatre à quatorze jours de suite, en lavements et en potions, et de plus, l'administration des lavements a toujours été continuée de deux à huit jours, après la suppression des potions.

Jamais, dans tous ces cas, le sulfate de soude, qui compte de belles guérisons, n'a causé le moindre accident. Si, dans quelques cas, il a été impuissant, il n'a jamais été nuisible. Il a eu, sur le nitrate d'argent, l'avantage de n'être l'objet d'aucune plainte de la part des malades.

Succédant à d'autres médications, le sulfate de soude a été administré à dix malades; deux sont morts.

Le premier, pendant un septénaire, avait été traité par les lavements au nitrate d'argent, unis à l'ipécacuanha en potion. Nous en avons déjà parlé, au sujet de cette dernière médication.

Le deuxième, pendant le premier septénaire, avait été traité par les opiacés; tous deux étaient dans des situations désespérées au moment où le sulfate a été employé.

Le sulfate de soude, huit fois, a terminé heureusement des traitements entrepris sans succès par l'opium et par l'ipécacuanha.

Pendant les premiers jours de l'administration du sulfate, le nombre des selles ne diminue pas toujours; dans certains cas, où elles ne sont pas très nombreuses, elles semblent devenir plus fréquentes ; mais le malade est mieux, le sang a disparu, et l'on a vite la certitude du mieux, qui devient manifeste vers le cinquième jour du traitement, dans les cas graves.

Si les succès obtenus par le sulfate de soude ont besoin d'être encore constatés pour devenir évidents, il n'en restera pas moins que c'est une chose à noter que l'administration journalière de soixante-dix grammes de ce sel répétée impunément, pour le moins, pendant un temps aussi long et dans de pareilles circonstances. Peut-être ce fait pourrait-il dissiper certaines craintes vraiment exagérées contre tout ce qui s'appelle purgatif.

Ces résultats ne viennent-ils pas d'ailleurs confirmer ceux qui ont été naguères obtenus par Zimmermann, par M. Bretonneau et par tant d'autres encore?

Fièvre pernicieuse apoplectique au type quarte, *chez un homme atteint d'aliénation mentale. — Guérison par le sulfate de quinine. — Premiers symptômes de la paralysie générale. — Retour des accès. — Impuissance du sulfate de quinine. — Mort. — Autopsie. — Ramollissement cérébral.*

Les fièvres pernicieuses sont assez rares à Paris, et quand il nous arrive de les rencontrer, c'est le plus souvent sous le type tierce. Aussi croyons-nous digne d'intérêt l'observation suivante, où la fièvre soporeuse s'est offerte sous le type quarte, où, guérie une première fois par le sulfate de quinine, elle a reparu compliquée des symptômes d'un ramollissement cérébral, et a résisté dès lors à tous les moyens de traitement.

M. N..., âgé de 56 ans, d'un tempérament nerveux, entrepreneur de bâtiments, ancien militaire, après une vie très laborieuse, ayant vu la plus grande partie de sa fortune compromise dans un procès, ne put résister à ce dernier choc. Sa raison, déjà affaiblie par les fatigues et les craintes inséparables de son genre d'occupation, se troubla d'une manière manifeste; et on vit se développer progressivement chez lui une démence caractérisée par des terreurs imaginaires, des hallucinations, l'incohérence des idées, l'oubli des noms propres, la perte du sommeil, un affaissement général dont il se relevait à de rares intervalles pour se livrer à des accès désordonnés de colère. Cet état le força de renoncer aux affaires ; sa femme s'établit avec lui dans une campagne située sur les bords de la Seine à quelques lieues de Melun, dans une localité où les fièvres intermittentes sont endémiques. Il y vivait depuis deux ans sans avoir ressenti aucune atteinte de fièvre, mais offrant de plus en plus les traits caractéristiques de la démence, lorsque, le 24 août 1841, vers le soir, après avoir pris un potage, il fut saisi d'un tremblement général et de vomissements qui furent suivis d'une sueur assez forte. L'altération de ses traits fut à ce moment assez prononcée pour que sa femme le crût sérieusement attaqué ; aussi fut-elle fort surprise lorsque le lendemain matin elle le retrouva dans son état ordinaire. Toute crainte s'évanouit ; et un voyage à Paris put être exécuté le 26 sans aucun accident. Le 27, après s'être promené en voiture et à pied une grande partie de la journé, M. N..., qui avait montré au dîner plus d'appétit et de gaîté qu'à l'ordinaire, est pris à huit heures du soir d'un malaise subit sans vomissements, mais auquel succède un affaissement très grand, pendant lequel le malade perdit la parole, et qui se termina vers quatre heures du matin avec de la sueur. Le 30, troisième crise assez semblable aux précédentes, débutant dans l'après-midi et accompagnée de vomissements; le malade toutefois conserva mieux sa connaissance que dans le second accès. Un médecin appelé pensa que les désordres actuels étaient dus à la marche d'une lésion cérébrale concomitante de l'état de démence. Il se borna à faire appliquer des sinapismes. Cependant le malade était revenu dès le lendemain à son état habituel, lorsque, le 2 septembre, je suis appelé en grande hâte vers cinq heures de l'après-midi.

Le malade était plongé depuis deux heures dans un coma profond dont aucun genre d'excitation ne pouvait le faire sortir; les yeux étaient fermés, et quand on venait à relever les paupières, le globe oculaire était tourné en haut; la vision était entièrement abolie. Les autres sens étaient également obtus; la sensibilité générale, quoiqu'affaiblie, persistait cependait encore, et si on venait à pincer fortement la peau d'un des membres, il s'y manifestait quelque mouvement. La respiration était stertoreuse; les commissures des lèvres étaient abaissées. Le pouls était assez fort et n'avait que peu augmenté de fréquence. Il y avait eu une évacuation involontaire de matières fécales et d'urine. A quelle affection avais-je affaire ici? L'absence de paralysie me fit repousser l'idée d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral. Un interrogatoire détaillé, auquel la femme répondit avec intelligence, me mit sur la voie des accès précédents, dont le second surtout avait, sauf la gravité, présenté de la ressemblance avec celui dont j'étais témoin, et qui tous les trois s'étaient répétés le quatrième jour. Je m'arrêtai donc à l'idée d'une fièvre quarte apoplectique, telle que l'a décrite Torti avec tant de vérité (*Therapeutice specialis*, liv. 3.); et ce qui venait confirmer cette opinion, c'est que justement la fièvre soporeuse est indiquée comme pouvant se lier au type quarte plus que toutes les autres fièvres pernicieuses. Deux heures après je revis le malade; il était baigné de sueur et le diagnostic se trouvait dès lors assuré. Vers minuit le malade reprit ses sens; vers quatre heures du matin il recouvra autant de connaissance qu'il était capable d'en avoir; je me hâtai de recourir au sulfate de quinine. Chaque jour un gramme en fut administré en doses de 25 centigrammes à trois heures d'intervalle. Le dimanche 5 septembre, vers deux heures de l'après midi, M. N... ressentit un peu de refroidissement et un léger mouvement de sueur. Le sulfate de quinine fut continué à doses décroissantes pendant quelques jours encore, et aucun accident ne reparaissant, le malade retourna à la campagne. Il avait recouvré plus de forces qu'il n'en avait avant ses accès et pouvait se livrer à de longues promenades dont il était privé depuis longtemps.

Cette amélioration générale, après des accès de fièvre intermittente guéris par le quinquina, se retrouve dans plusieurs des observations citées par Torti; par exemple au liv. I, chap. 10. Dans son observation 8, il parle d'une religieuse de 78 ans tombée depuis trois ans dans un état d'imbécillité à la suite d'une attaque d'apoplexie; elle fut atteinte d'accès de double tierce composés, comme chez notre malade, successivement d'un accès plus faible et d'un accès plus fort. Dans l'accès le plus violent, elle perdit complètement connaissance, fut prise de rétention d'urine et d'impossibilité d'avaler. On parvint, dans l'accès plus faible, à lui faire prendre de la poudre de quinquina; non-seulement elle guérit, mais encore elle recouvra en grande partie, pendant quelques semaines, les facultés qu'elle avait perdues. Plus tard elle succomba à une nouvelle attaque d'apoplexie. Dans l'observation 5 du chap. 3, liv. 4, il s'agit d'un carme déchaussé, qui, la même année (1708), fut atteint de fièvre tierce. Les deux premiers accès sont assez légers, mais au troisième le malade commence par balbutier, par tenir des propos incohérents; puis il tombe dans un sommeil apoplectique. Au bout de huit heures environ, il commence à se réveiller; le quinquina lui est administré. Un autre accès ne revient pas, et de plus il perd la teinte jaunâtre qu'il avait contractée quelques mois auparavant à la suite de quelques accès de fièvre intermittente. La bouffissure de la face se dissipe; tout semble annoncer un meilleur état de santé. Mais au bout d'un mois, à un accès léger succède un accès comateux, dont une saignée ne peut le sauver, et auquel il succombe. Ces récidives malheureuses forment un nouveau point de contact avec ce que nous avons observé plus tard chez notre malade.

L'aliénation mentale faisait des progrès rapides chez M. N...; dans ses accès de colère, il lui était arrivé plusieurs fois de menacer ses enfants. Sa famille se dé-

cida à le placer dans la maison de santé de M. le docteur Belhomme; c'est à la complaisance de ce médecin éclairé que je dois les détails suivants :

A son entrée le 18 janvier 1842, M. N... est fort irascible ; il ne se soumet que difficilement à tout ce qui lui est prescrit ; il passe une grande partie de la journée à remuer des dominos. L'état physique est assez satisfaisant ; la coloration du visage est bonne ; l'appétit est conservé ; mais on observe déjà un grincement de dents très fatigant qui se répète souvent dans la journée ; les mouvements des membres inférieurs ne sont point assurés ; la langue est parfois embarrassée, et ces premiers indices font craindre dans un temps assez court la paralysie générale. Cet état reste à peu près stationnaire pendant un mois, et le malade passe alternativement d'une activité assez grande à l'affaissement et au désir du repos et de l'isolement.

Le 14 février, à la suite d'un bain, M. N... a de la peine à se réchauffer ; on est frappé de la pâleur de son visage. Bientôt la fièvre se déclare, le teint s'anime, et le soir il survient une telle dyspnée que l'on craint de voir succomber le malade. Une saignée abondante est pratiquée. Des sinapismes sont appliqués aux membres inférieurs. Le lendemain l'amélioration était complète ; le malade reprend ses habitudes. Le 17 nouvel accès un peu moins violent ; cependant la turgescence de la face est encore fort prononcée ; des ventouses sont appliquées au col ; la fièvre cesse de nouveau, mais la santé paraît altérée ; l'appétit est moindre, le grincement des dents revient continuellement ; il n'existe de paralysie ni du sentiment ni du mouvement.

Le 20 la fièvre reparut avec violence et avec menace d'asphyxie. Je revis le malade, et, de concert, M. Belhomme et moi, nous donnâmes en deux jours trois grammes de sulfate de quinine ; l'emploi de ce remède ne produisit qu'une intermittence peu franche. Les accès avaient tendance à se répéter tous les jours ; pourtant les paroxismes avaient diminué de violence, et nous continuions l'emploi du sulfate de quinine lorsque, le 24, eut lieu un accès violent, mais assez court. A la suite de cet accès M. N... reprend en grande partie sa lucidité, reconnaît et nomme des personnes qu'il semblait avoir oubliées, et se rappelle très distinctement des faits éloignés. Il peut se lever et marcher seul dans sa chambre. Pendant la nuit il retombe dans un coma accompagné de fièvre et d'une sueur abondante, le grincement des dents est continuel. Les sinapismes ne peuvent tirer de cet état le malade, dont la respiration s'embarrasse de plus en plus, et qui succombe le 26 à deux heures du matin.

Nous procédâmes à l'autopsie trente heures après la mort. Le cadavre est bien conservé ; l'amaigrissement est médiocre.

La tête est bien conformée ; le crâne, scié à sa circonférence, est d'une épaisseur moyenne ; la dure-mère est peu adhérente aux os ; l'arachnoïde, à la partie supérieure du cerveau est injectée et comme soulevée par un liquide séreux, légèrement teint de sang ; la pie-mère est rougeâtre et épaissie ; cette membrane est adhérente à la surface du cerveau, surtout au lobe antérieur gauche, où on ne peut l'enlever sans produire des érosions de la surface corticale ; la substance grise est d'une couleur plus foncée qu'à l'ordinaire ; la substance médullaire a pris une teinte rougeâtre, elle est en outre traversée d'une infinité de vaisseaux dont le calibre paraît notablement augmenté ; les ventricules latéraux ne contiennent que peu de sérosité ; les plexus choroïdes sont d'un rouge intense ; le corps calleux est sain à sa partie supérieure ; le septum lucidum est intact ; mais, en soulevant le corps calleux, on aperçoit à la partie postérieure de la voûte à trois piliers un ramollissement blanc très évident; de l'eau versée doucement dans ce point y creuse la substance à une profondeur de deux millimètres ; les couches optiques et les tubercules quadrijumeaux présentent également de nombreux points d'un ramollissement superficiel ; le troisième ventricule contient de la sérosité ; au

quatrième ventricule, l'arachnoïde est épaissie, et en la soulevant nous découvrons encore que la substance sous-jacente a perdu de sa consistance ; à la base du cerveau nous ne trouvons aucune altération sensible ; la protubérance annulaire et le cervelet ne nous offrent rien de morbide.

Dans la poitrine, il existait une adhérence générale des poumons aux parois du thorax au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche d'ancienne formation; les poumons étaient fortement engoués.

Le cœur était volumineux et flasque, mais ne présentait rien d'anormal à ses orifices.

Nous n'avons rien trouvé à noter dans le tube intestinal, dans le foie, la rate et les reins.

Le fait principal que révèle l'autopsie, c'est l'hyperhémie cérébrale, lésion d'ancienne date caractérisée non-seulement par l'augmentation du calibre des vaisseaux qui forment le sablé ordinaire des cerveaux congestionnés, mais encore par une coloration insolite dont nous nous sommes assurés à plusieurs reprises, en lavant avec soin des tranches de la substance médullaire. Quant au ramollissement qui déjà était assez étendu pour ne nous laisser aucun doute, il nous a paru cependant se rapporter à une époque beaucoup plus rapprochée, et l'examen des symptômes, l'apparition du grincement de dents et de l'incertitude dans les mouvements, remontant à trois mois environ avant la mort, viennent corroborer cette opinion. Ces diverses lésions, comme on a pu le voir, occupaient principalement les parties supérieure et moyenne du cerveau ; mais laissons de côté les considérations auxquelles elles pourraient donner lieu sous le rapport de l'aliénation mentale, ne recherchons point quel rôle elles ont pu jouer comme cause ou effet de cette affection, et ne nous occupons que de l'influence qu'elles ont pu avoir sur la production des accès fébriles intermittents. On sait qu'une lésion de nature fort différente de celle qu'on observe communément dans les fièvres d'accès proprement dites, peut, chez certains sujets qui n'ont pourtant pas été soumis précédemment à ce genre de fièvre, développer des accès qui en imposent au médecin et le détournent de la recherche de cette lésion. Ainsi la phthisie, la cystite, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, peuvent se caractériser pendant quelque temps par des intermittences fébriles, avec frisson, chaleur et sueur. Faudrait-il croire qu'il s'est passé quelque chose d'analogue chez notre malade, et que les premiers accès doivent être rapportés uniquement au travail d'irritation encéphalique? Je ne le pense point, pour les raisons suivantes : M. N... avait été exposé à l'infection miasmatique dans une localité où peu de personnes y échappent ; il se trouvait à l'époque de l'année ou les fièvres prennent plus facilement le type quarte. Ces accès ont été remarquables par leur retour régulier et leur intermittence complète, ils ont cessé malgré leur marche croissante aussitôt que le sulfate de quinine a été administré ; et le malade, bien loin de présenter, après cette guérison, des symptômes qui pussent faire soupçonner le ramollissement commençant, s'est trouvé au contraire plus dispos, plus fort, plus libre de ses mouvements ; cette amélioration s'est soutenue au moins pendant deux mois. Mais si je crois devoir éloigner tout concours de la maladie encéphalique à la production du type intermittent, il n'en est plus de même par rapport à la forme soporeuse que ce type a revêtue. La congestion cérébrale qui accompagne si souvent les accès de la fièvre intermittente, venant en quelque sorte se surajouter à celle qu'entretenait depuis plus de deux ans la cause de la folie, a produit chez lui des symptômes analogues à ceux de l'apoplexie, comme chez les malades cités par Torti. Plus tard, la maladie cérébrale fait de nouveaux progrès, le ramollissement s'établit, s'aggrave, et le malade nous offre encore des accès ; mais ces accès, moins réguliers dans leur marche et dans leur intermittence, finissent bientôt par n'être plus que ceux d'une fièvre rémittente. Le sulfate de quinine uni au traitement

anti-phlogistique, que certes l'état du cerveau indiquait suffisamment, ne peut cette fois les enrayer; car le sulfate de quinine, à doses ordinaines, ne paraît avoir une action réelle que sur le type intermittent lui-même et sur les lésions qui semblent se lier à ce type, comme le gonflement de la rate, l'hypertrophie du foie, les ascites consécutives; mais il échoue quand une lésion d'une autre nature a fait naître passagèrement une intermittence trompeuse.

GILLETTE, *médecin du Bureau central.*

REVUE CRITIQUE.

MÉMOIRE *sur les signes sthétoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur,* par A. FAUVEL, *chef de clinique de la Faculté.*—Ce mémoire a été provoqué par les recherches que M. Beau a publiées sur la physiologie et la pathologie du cœur dans les *Archives de médecine* (janvier 1839; juillet, août 1841).

M. Beau, après avoir démontré par des expériences, que la dilatation du ventricule ne se faisait pas au second temps comme on le pensait, mais bien au premier temps, immédiatement après la systole de l'oreillette et avant la systole du ventricule, annonça que les faits cliniques concordaient parfaitement avec le résultat de son expérimentation. On avait dit jusqu'alors que les bruits anormaux produits par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire avaient lieu positivement au second temps; M. Beau prouva que ce fait de séméiologie n'existait pas, et qu'on ne devait le considérer que comme la conséquence imaginaire de la théorie physiologique généralement admise, qui faisait passer le sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire au second temps. Il montra en sus que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire donnait lieu à un bruit anormal au premier temps, comme le rétrécissement des orifices artériels; seulement il établissait cette différence dans les bruits de ces deux rétrécissements, c'est que celui de l'orifice artériel arrivait immédiatement après le premier bruit normal, tandis que celui de l'orifice auriculo-ventriculaire précédait et couvrait le premier bruit normal.

La question en était là, quand M. Fauvel résolut de l'étudier à l'aide d'observations cliniques attentives. M. Fauvel a recueilli trois observations détaillées de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, qui forment la base de son travail, et qui montrent que le rétrécissement dans ces trois cas a été annoncé par un bruit anormal qui précédait immédiatement le bruit normal et le couvrait. Et remarquons que ces trois observations sont d'autant moins suspectes que leur auteur cherche à interpréter la présence d'un bruit anormal du premier temps par l'ancienne théorie, c'est-à-dire par celle qui fixe au second temps le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule!

M. Fauvel nous dit qu'il a recueilli ces observations sans aucune de ces préoccupations théoriques qui ne lui *semblent pas le moins du monde indispensables pour l'appréciation des bruits pathologiques du cœur.* Cependant c'est par suite d'une préoccupation théorique que M. Beau a été conduit à constater la vérité du fait qui vient d'être confirmé par M. Fauvel. Sans cette préoccupation, il est infiniment probable que M. Beau et que M. Fauvel lui-même soutiendraient le plus consciencieusement du monde que le signe essentiel du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire est un bruit anormal placé au second temps. Nous contestons ensuite à M. Fauvel cette faculté de pouvoir prendre des observations sans préoccupation théorique. Chacun porte avec soi, et souvent sans s'en douter, une théorie qui fait pour ainsi dire corps avec les impressions diverses que les faits produisent sur les sens. Laennec, ce grand investigateur, avance quelque part qu'il est impossible d'observer sans une théorie quelconque, et qu'il est bien important par conséquent d'en avoir une bonne.

Des trois observations de M. Fauvel, les deux premières seulement nous présentent le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire isolé, et libre de toute complication. Dans la troisième, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire est compliqué d'une légère insuffisance du même orifice, et d'un rétrécissement de l'orifice aortique. Le bruit anormal qui était simple dans les deux premières observations, est complexe ou plutôt multiple dans la troisième; M. Fauvel en trouve trois, un pour chaque lésion. Ainsi il y avait un bruit de souffle râpeux au niveau de la base du cœur qui suivait immédiatement le premier bruit normal et qui se rattachait au rétrécissement de l'orifice aortique; il y avait un bruit anormal qui précédait et couvrait le premier bruit normal et qui était dû au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire; puis entre ce bruit et celui du rétrécissement aortique il y avait un bruit anormal produit

par l'insuffisance des valvules mitrales. On voit par conséquent que le sang pénétrait de l'oreillette dans le ventricule, rentrait en partie du ventricule dans l'oreillette, puis passait du ventricule dans l'aorte; chacun de ces passages était marqué par un bruit particulier, et même M. Fauvel a noté *une sensation de va et vient* dans la forme des deux premiers bruits qu'il rapporte, l'un au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, l'autre au reflux du sang du ventricule dans l'oreillette.

Nous adoptons pleinement ce que dit M. Fauvel des deux bruits produits par les deux rétrécissements, c'est-à-dire le premier bruit et le dernier. Mais la fixation de celui qui, intermédiaire aux deux précédents, serait produit par l'insuffisance mitrale, nous paraît très problématique. Comme cette proposition pourrait paraître paradoxale à beaucoup de personnes, c'est une obligation pour nous, de montrer sur quoi nous nous fondons pour parler ainsi.

Quand M. Hope nota pour la première fois la coïncidence d'un bruit anormal au premier temps et d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire, il ne lui vint pas à l'idée d'expliquer le bruit par le rétrécissement; car M. Hope, professant la même théorie que soutient M. Fauvel, ne crut pas qu'il fût possible de se rendre compte de ce bruit par le passage du sang qui, d'après cette théorie, se fait à travers l'orifice rétréci au second temps. Comme on le voit, la difficulté était bien grande; M. Hope ne put en sortir qu'en se rabattant sur l'insuffisance des valvules mitrales qui vient assez souvent compliquer leur rétrécissement. En effet, grâce à cette insuffisance, il put concevoir que le ventricule en se contractant au premier temps fît rentrer le sang du ventricule dans l'oreillette, et dès lors la présence d'un bruit anormal au premier temps n'était plus embarrassante. C'est ainsi que l'insuffisance des valvules mitrales fut dotée d'un signe d'auscultation qui revenait au rétrécissement, et que sous ce rapport elle put prendre rang à côté de l'insuffisance des valvules aortiques.

On sent maintenant tout ce qu'il y a à faire pour savoir à quoi s'en tenir définitivement sur cette question. Il faut chercher s'il y a un bruit anormal au premier temps, dans les cas d'insuffisances mitrales libres de toute complication capable de produire des bruits. Cette épreuve d'isolement qui a été si favorable à la fixation des bruits anormaux qui dépendent des rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire, est indispensable pour nous faire constater les bruits qui peuvent résulter de l'insuffisance mitrale. Par conséquent, nous ne pouvons pas nous contenter de l'observation de M. Fauvel qui, en nous signalant trois sortes de lésions valvulaires, nous montre au premier temps un bruit à partager entre ces trois lésions. M. Fauvel dira sans aucun doute qu'il a perçu un bruit *de va et vient* dû au flux et au reflux du sang de l'oreillette dans le ventricule. Mais cette sensation était-elle bien réelle, et M. Fauvel, malgré ses protestations d'observation pure, avait-il l'esprit bien libre de ces préoccupations traditionnelles qui remontent à M. Hope, et qui, en donnant une réalité factice aux bruits de l'insuffisance mitrale, les ont fait mal à propos passer à l'état de faits accomplis?

(*Archives*, janvier 1843.)

DU SOUFFLE BRONCHIQUE *et du bruit d'expiration dans la pleurésie avec épanchement*, par M. MONNERET.—«Dans les points où l'égophonie a lieu, dit Laennec en parlant de la pleurésie (*Traité de l'auscultation médiate, etc.; Paris* 1831, *t.* II, *p.* 320), on obtient *souvent* le phénomène de la respiration trachéale ou bronchique. »

M. Andral disait en 1834 (*Clinique médicale*, 3e *édit.*, *t.* IV, *p.* 582) : « Lorsque l'épanchement est *considérable*, le bruit respiratoire est nul; mais tantôt aucun bruit ne le remplace, tantôt on entend la respiration bronchique...; elle est toutefois *aussi rare dans les épanchements pleurétiques qu'elle est commune dans la pneumonie au second ou au troisième degré.* »

En 1833, M. Cruveilhier (*Dict. de méd. et de chir. prat., art. pleurésie, t.* XIII, *p.* 291), sans s'expliquer sur la fréquence du souffle tubaire, dans la pleurésie, disait que ce phénomène n'avait lieu que lorsque l'épanchement était *peu considérable*.

En 1837, M. Hirtz, dans un travail fort remarquable sur la pleurésie, établit que la respiration tubaire n'avait lieu que dans les épanchements *moyens récents*, c'est-à-dire, d'après une théorie que nous n'avons pas besoin de reproduire ici, dans les épanchements *étendus en nappe*. « Dans les cas de ce genre, dit M. Hirtz, la respiration tubaire existe *toujours;* elle est aussi constante que l'égophonie, à laquelle elle est intimement liée...; *elle a même plus d'intensité que dans l'hépatisation.* » (*Arch. génér. de méd.*, 2e *série*, *t.* XII, *p.* 177.)

En 1839, M. Fournet semblait considérer la respiration bronchique comme *constante* dans les épanchements *parvenus à un degré plus élevé que celui des épanchements en nappe*. « Cette altération, disait-il, ne s'élève que *rarement au-dessus du deuxième degré du caractère bronchique.* » (*Rech. cliniques sur l'auscultation, Paris* 1839, *t.* I, *p.* 319.)

En 1841, MM. Barth et Roger s'exprimèrent ainsi : « La respiration bronchique peut

s'entendre dans la pleurésie, mais le plus souvent elle ne s'entend pas. Le souffle tubaire est une exception dans cette maladie et *une exception tellement rare*, que si on le perçoit, on doit songer à quelque chose de plus qu'à une pleurésie simple... Lorsque le souffle a lieu dans la pleurésie, il n'existe guère *qu'au début* et dans certains cas particuliers, et *seulement vers la racine des bronches*... Il paraît se produire dans des tuyaux aplatis et comme dans le lointain, tandis que dans la pneumonie, il semble se produire dans des tubes cylindriques et comme sous l'oreille de celui qui ausculte. » (*Traité pratique d'auscultation*, *Paris* 1841, *p.* 88-91.)

« *Chez la plupart des sujets*, a dit M. Chomel en 1842, en même temps que le murmure doux et moelleux de la respiration normale cesse d'être perçu, il est remplacé par la respiration bronchique ou tubaire. Celle-ci est d'autant plus prononcée, en général, que le malade respire plus vite, souvent bornée à à la région qui correspond *à la racine des bronches*, *s'étendant quelquefois dans une grande portion du côté malade*, mais diminuant en général d'intensité vers la base de la poitrine. » (*Dict. de méd.*, *art. pleurésie*, *t.* XXV, *p.* 19.)

En présence de ces assertions contradictoires, auxquelles se borne tout ce que les auteurs ont écrit sur le souffle tubaire dans la pleurésie, M. Monneret a pensé que des nouvelles recherches faites sur ce point de séméiologie ne seraient point sans intérêt. Voici les conclusions que l'on peut tirer de son travail :

1° Sur 39 pleurétiques, le souffle tubaire a existé 26 fois. Ces chiffres se rapprochent de ceux de M. Bouillaud, qui, sur 10 cas de pleurésie avec épanchement manifeste, a noté 7 fois le souffle bronchique. (*Clinique médicale.*)

2° Sur les 26 pleurésies accompagnées de souffle, 24 étaient parfaitement *simples*.

3° Pour que le souffle se produise, il faut que le liquide épanché soit constitué par du sérum, que sa quantité soit peu considérable, et qu'il ne forme autour du poumon qu'une couche assez mince.

4° Les points dans lesquels on entend le souffle sont, par ordre de fréquence : 1° l'espace compris entre l'angle inférieur de l'omoplate et le rachis; 2° au-dessous de cet espace; 3° en dehors de l'angle de l'omoplate; 4° les parties latérales et inférieures; 5° les parties antérieures jusqu'à la quatrième côte.

5° Le souffle ne se produit pas à la racine des bronches : ceux qui ont indiqué son existence dans ce point ont pris pour lui le bruit qui se passe normalement à l'origine des vaisseaux aériens.

6° Il n'existe pas de caractères différentiels tranchés et constants entre le souffle de la pleurésie et celui de la pneumonie. Souvent le premier est aussi superficiel, entre aussi bien dans l'oreille, est aussi intense que le second.

7° Presque toujours, dans les points où l'on perçoit le souffle tubaire, on entend une égophonie des plus distinctes, claire, stridente, excessivement aiguë.

Les recherches de M. Monneret en provoqueront sans doute d'autres, et la science ne tardera pas à être fixée sur un phénomène qui n'a pas été suffisamment étudié.

En s'occupant du souffle tubaire, M. Monneret a constaté l'existence, dans la pleurésie, de ce bruit anormal qui a été appelé *bruit d'expiration*, et signalé comme propre à la phthisie pulmonaire au premier degré. Ici une priorité incontestable appartient à M. Monneret : aucun auteur n'a parlé de ce signe stéthoscopique à propos des épanchements de la plèvre.

Suivant M. Monneret, quand le souffle bronchique existe, on entend presque constamment, en d'autres points, le bruit d'expiration : quelquefois cependant celui-ci est le seul qui se manifeste.

Souvent, le bruit d'expiration se fait entendre en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, tandis qu'au niveau de cet angle et le long du bord externe de l'os, il existe un souffle bronchique intense.

Le bruit d'expiration pleurétique diffère du bruit d'expiration de la phthisie; il est moins sec, moins rude : il occupe d'ailleurs la base du poumon tandis que l'autre occupe le sommet.

En même temps que le bruit expiratoire normal devient plus prolongé et se modifie dans ses caractères, le bruit inspiratoire devient souvent râpeux.

Telles sont les conclusions que nous avons cru pouvoir tirer du travail de M. Monneret, relativement au bruit d'expiration. Nous devons dire que l'auteur n'a point établi une division assez marquée dans l'étude des deux bruits, que souvent on a de la peine à comprendre duquel il veut parler, et que sa rédaction accuse quelquefois une précipitation qui nuit à la clarté de l'exposition.

Indépendamment des recherches spéciales que nous venons d'indiquer, M. Monneret a émis, dans le commencement de son travail, des idées que nous regrettons de ne pouvoir développer ici, car elles se rattachent à une importante question de séméiologie.

Sans nier les immenses services qu'a rendus l'auscultation, M. Monneret a voulu prouver qu'on ne saurait accorder aux signes stéthoscopiques la valeur *pathognomonique* qui a été attribuée à quelques-uns d'entre eux. Parmi les phénomènes morbides que nous fait con-

naître l'auscultation, dit M. Monneret, il n'en est pas un seul qui puisse être considéré comme le signe d'une lésion constante et identique à elle-même. Comment en serait-il autrement, puisque la *cause physique* qui donne lieu à la production du phénomène peut être produite par des affections différentes? Les conditions anatomiques ne sont pas les mêmes dans la phthisie et dans la pneumonie au second degré, mais ces deux maladies peuvent produire sur le poumon le même *effet physique*, et alors elles donnent lieu à un même bruit de souffle. Les conditions anatomiques ne sont point les mêmes dans la pneumonie au premier degré, la bronchite capillaire, l'hémorrhagie des petites bronches, l'œdème pulmonaire; mais ces lésions produisent le même effet physique : épanchement d'un liquide traversé par des bulles d'air très petites. De là, production de bruits qu'on ne peut distinguer les uns des autres qu'à l'aide des circonstances prises en dehors du râle lui-même (*râles crépitants, légitime et illégitime ou faux*).

Rien de plus juste que cette manière d'apprécier les signes stéthoscopiques, dont l'étude n'a point été suffisamment envisagée du point de vue de la *physique animale*.

Le travail de M. Monneret a été suivi d'un mémoire de M. Netter sur *le mécanisme de formation de l'égophonie et l'auscultation de la voix en général*. La question du souffle tubaire y est traitée incidemment, et l'auteur s'exprime ainsi : « Le souffle bronchique est assez fréquent dans les cas d'épanchement pleurétique pour qu'on le considère comme l'un des signes de cette maladie. Il existe ordinairement à l'expiration : il est faible, de très courte durée, argentin; dans ce cas-là, on rencontre toujours au même point une égophonie très belle; quelquefois il est assez intense pour se rapprocher de celui de la pneumonie; il peut exister en même temps à l'inspiration, ou même se borner à ce temps de la respiration; dans ce dernier cas, on ne perçoit jamais d'égophonie. »

Nous n'emprunterons que cette citation à M. Netter, dont la théorie sur l'égophonie ne nous a offert aucune idée neuve ou pratique.

(*Gazette médicale de Paris.*)

DE L'EMPLOI DU CARBONATE D'AMMONIAQUE *dans la scarlatine.* — Dans un mémoire un peu confus, et où, selon l'aveu même de l'auteur, se rencontre une foule de digressions qui n'ont aucun rapport spécial avec l'emploi du médicament, M. le docteur Rieken cherche à établir l'utilité du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine; il s'appuie non seulement sur sa propre observation, mais aussi sur celle de plusieurs médecins anglais, américains, allemands et russes, qui, soit à la fin du siècle dernier, soit de notre temps, assurent en avoir retiré de grands avantages. Ces avantages même ont été quelquefois tels qu'ils nous inspirent une certaine défiance sur l'utilité réelle du médicament employé; quelle que soit notre confiance dans la médecine, nous commençons par douter de l'efficacité des médicaments qui guérissent toujours. Or, au rapport de Reil, le médecin Peart, ayant le premier donné l'*alcali volatil sec* dans une épidémie de scarlatine, ne perdit que trois individus sur trois cents malades. Wilkinson, à l'aide de cette médication, ne perdit aucun scarlatineux dans un espace de seize ans. Enfin, en 1832, le docteur Strahl, de Berlin, employa le carbonate d'ammoniaque avec un succès si éclatant que, sur 140 individus, dont beaucoup étaient atteints de scarlatine maligne, il n'eut pas à regretter un seul malade. Ces succès sont si peu en rapport avec ce que nous avons pu observer dans les épidémies de scarlatine, que nous croyons devoir consigner ici la formule dont le docteur Strahl s'est servi, d'après le médecin américain Peart, tout en souhaitant que de nouvelles observations viennent en confirmer les merveilleux effets.

Carbonate d'ammoniaque.	8	grammes.
Faire dissoudre dans eau distillée..............	190	—
Sirop de guimauve......	30	—

à prendre d'une demi-cuillerée à une cuillerée à bouche, toutes les deux ou trois heures.

(*Journal de Médecine de Bruxelles. — Février.*)

DE L'INOCULATION DES SELS DE MORPHINE *dans les névralgies.* — M. le docteur Jaques, d'Anvers, appelé auprès d'une jeune fille, pour combattre une névralgie sus-orbitaire fort opiniâtre, avait en vain mis en usage les calmants, les antispasmodiques, le sulfate de quinine, et les sels de morphine par la méthode endermique, lorsqu'il eut l'idée d'introduire, par inoculation sous la peau, du sulfate de morphine. A cet effet, ayant fait dissoudre 2 à 3 centigrammes de sulfate de morphine dans une petite quantité d'eau sur un morceau de verre, il prit de cette solution, au moyen d'une aiguille à vacciner, et pratiqua environ quarante piqûres dans la région douloureuse. Il s'en suivit un soulagement marqué; l'opération fut répétée pendant quelques jours, et la malade, qui était atteinte depuis long-temps, fut guérie complétement. Depuis, la même médication a été appliquée au traitement de la sciatique; des inoculations ont été pratiquées tout le long du trajet du nerf sciatique, et les

malades, sur lesquels on avait épuisé toutes les autres médications sans aucun résultat, ont été guéris. Chaque piqûre est suivie presque instantanément d'une élévation blanchâtre de la peau, qui est dissipée dès le lendemain. Il paraît utile de modérer l'irritation produite par les piqûres, à l'aide de cataplasmes.

(*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1842.)

DE LA SENSIBILITÉ VERTÉBRALE *dans les fièvres intermittentes chroniques, et des indications thérapeutiques qu'elle fournit.* — Tel est le titre d'un mémoire que M. le docteur Gouzée, médecin principal de l'hôpital militaire d'Anvers, a présenté à la société de médecine de cette ville. Si ce travail est insuffisant pour éclaircir ce que l'auteur appelle la mystérieuse histoire des fièvres intermittentes, il tend au moins à établir un fait qui mérite d'être examiné : il s'agit d'une sensation douloureuse qu'éveille la pression du doigt dans un point limité de la colonne vertébrale, chez les individus atteints de fièvres intermittentes à forme chronique ; il faut, pour reconnaître cette sensibilité morbide, appuyer la pulpe des doigts perpendiculairement sur chacune des apophyses épineuses, en suivant la série de haut en bas, et cette pression doit être exercée graduellement, sans secousses et avec une force égale pour toutes les vertèbres. Le plus ordinairement, le malade n'accuse aucune sensibilité dans la région cervicale ; mais plus bas, et communément de la 3e à la 5e vertèbre dorsale, il éprouve une sensation pénible et souvent même une vive douleur, qui le porte à se soustraire brusquement à la pression. Cette sensibilité est toujours limitée à un petit nombre de vertèbres, et presque toujours l'une d'elles est le siége d'une douleur plus vive.

On sait que la plupart des auteurs, qui voulaient trouver à la fièvre intermittente un siége précis, ont eu tendance à le chercher dans le système nerveux. M. Rayer, dans la première édition du dictionnaire de médecine, regardait la fièvre intermittente comme l'expression physiologique d'une lésion de la portion cérébro-spinale de ce système. M. Brachet, vers le même temps (1825), rapportait la fièvre à une modification du système nerveux ganglionaire. Mais ni l'un ni l'autre de ces médecins observateurs n'osait spécifier la nature de la lésion. En 1833, M. Griffin, médecin irlandais, appela l'attention sur l'existence, dans la fièvre intermittente, de cette douleur toute locale qui déjà avait été signalée dans la plupart des maladies nerveuses chroniques par les médecins anglais. M. le docteur Cremers, d'Aix-la-Chapelle, poursuivit ces recherches, et en vint à ne point regarder comme fièvre intermittente légitime celle où la pression vertébrale n'éveillait aucune douleur. Enfin, le docteur Van Mons, de Bruxelles (*Bulletin médical belge*, 1836), ayant reconnu cette même sensibilité, émit l'opinion que la fièvre intermittente pouvait n'être qu'une myélite.

M. Gouzée ne va point si loin, et il a grandement raison ; mais, laissant de côté les explications théoriques, il s'attache au côté pratique de la question. Il trouve là une indication thérapeutique à remplir ; et il cherche à montrer que, dans certains cas de fièvres intermittentes rebelles, les ventouses scarifiées, les sangsues appliquées sur le point douloureux, et plus tard les révulsifs énergiques, tels que les emplâtres saupoudrés de tartre stibié, jouissent d'une grande efficacité et peuvent guérir après que les autres traitements ont complétement échoué. Trois observations seulement sont citées à l'appui de cette doctrine, et c'est bien peu pour confirmer une méthode thérapeutique ; encore ces observations ne sont-elles point à l'abri de toute critique. Ainsi, dans la première, il se pourrait bien que le repos et le changement de lieu aient eu plus d'action sur la guérison que le traitement révulsif ; et dans la troisième, le malade n'a été guéri complétement que lorsqu'on fut revenu à l'emploi du sulfate de quinine. Aussi, est-ce moins ce mode de traitement que le fait de la douleur locale que nous avons cru devoir signaler aux observateurs.

(*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1842.)

MALADIE DE BRIGHT *sans albumine dans l'urine.* — M. Monneret a rapporté, dans les Archives générales de médecine (*T. VI, série* 3, *pag.* 300), l'observation d'un malade affecté de diabète sucré, qui succomba sans hydropisie, dont les urines n'avaient jamais offert trace d'albumine, et chez lequel cependant le *rein gauche* présentait l'altération caractéristique de la maladie de Bright, parvenue à son troisième degré. M. Monneret se demandait si l'absence de l'albumine, c'est-à-dire l'absence du symptôme en présence de la lésion, ne devait point, dans ce cas, être expliquée par la complication diabétique.

Le docteur Graves a communiqué à la société médicale de Dublin un fait plus intéressant encore, parce qu'il est exempt de toute complication. Un homme de 30 ans mourut hydropique ; le *rein gauche* présenta l'altération de Bright la mieux caractérisée qu'il soit possible de voir, et cependant l'urine du malade avait toujours été parfaitement normale, n'avait jamais fourni à l'analyse la plus petite quantité d'albumine.

Ces faits prouvent que l'on ne saurait,

attribuer l'urine albumineuse à une altération des reins, à une phlegmasie de cet organe. Comme le diabète, la maladie de Bright reconnaît sans doute pour cause prochaine une altération générale, qu'il faut chercher dans les liquides de l'économie.

(*The Dublin Journal*, *janvier* 1843.)

ULCÉRATIONS DU DUODÉNUM *produites par des brûlures de la peau.* — Une jeune fille de 11 ans est apportée à l'hôpital pour une brûlure du second degré de la poitrine et des bras; dix-huit jours après son entrée, elle vomit tout-à-coup une grande quantité de sang, et elle mourut au bout de quinze heures. A l'autopsie, on trouve, dans le duodénum, à un pouce de l'ouverture pylorique, une ulcération circulaire, d'un demi-pouce de diamètre, comprenant toutes les tuniques intestinales : le fond de cette ulcération était constitué par le pancréas qui avait contracté, dans ce point, des adhérences intimes avec le duodénum.

Un garçon de 4 ans entre à l'hôpital pour une brûlure profonde du cou, de la poitrine et des bras. Treize jours après son entrée, il se plaint d'éprouver de la chaleur et de la douleur dans l'abdomen, il vomit une demi-pinte de sang, a plusieurs selles sanglantes, et meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouve dans le duodénum une ulcération irrégulière, d'environ trois quarts de pouce de diamètre, ayant détruit toute l'épaisseur des parois intestinales. Comme dans le cas précédent, le fond de l'ulcération était formé par le pancréas adhérent à l'intestin.

Ces deux enfants n'ayant présenté aucun symptôme d'une affection du duodénum avant leur brûlure, le docteur Curling pense que cette dernière doit être considérée comme la cause des ulcérations intestinales. Les glandes de Brunner, dit-il, qui se trouvent en si grand nombre dans la première partie du duodénum, ne sont-elles pas appelées, dans les cas de brûlure étendue, à suppléer, par leur sécrétion, aux fonctions cutanées qui ont cessé de s'exécuter dans les parties malades, et cette suractivité qui leur est imposée ne peut-elle produire l'inflammation d'un follicule, et consécutivement l'ulcération?

L'explication ne nous paraît pas péremptoire; mais les faits rapportés par le docteur Curling n'en sont pas moins fort curieux. Si de nouvelles observations viennent démontrer *qu'en l'absence de toute affection antérieure*, des ulcérations se forment dans le duodénum à la suite des brûlures étendues de la peau, le docteur Curling, aura signalé le premier, un rapport qui, jusqu'à présent, n'avait pas été entrevu par les pathologistes; mais avant de s'occuper de la théorie de ces ulcérations, il est nécessaire de mieux établir leur existence.

(*The Dublin Journal*, *janvier* 1843.)

PNEUMONIE. — Nous extrayons d'une *Revue clinique*, publiée par le docteur Boyd, la statistique suivante :

Sur 154 pneumonies terminées par la mort, 64 appartenaient à des hommes, et 90 à des femmes.

Sur les 64 individus du sexe masculin, 37 étaient âgés de moins de 6 ans, et sur ceux-ci, 21 avaient moins de 1 an. Les 27 autres malades étaient presque tous d'un âge avancé.

Sur les 37 enfants mâles, on comptait 6 pneumonies droites, 4 pneumonies gauches, et 27 pneumonies doubles : dans une de ces dernières, la maladie occupait le sommet d'un poumon et la base de l'autre. On a noté les *complications* suivantes : abcès du poumon, 1; tubercules, 1; bronchites, 4, emphysème pulmonaire, 3; pleurésie, 1; hydropéricarde, 2.

Sur les 27 hommes, on comptait 9 pneumonies droites, 8 pneumonies gauches, et 10 pneumonies doubles, dont 2 du sommet; *complications :* adhérences anciennes des plèvres, 15; épanchement pleurétique récent, 5; épanchement ancien, 3 abcès de poumon, 1; gangrène pulmonaire, 1; tubercules, 6; emphysème pulmonaire, 3; bronchite, 13; ulcération du larynx, 1; péricardite, 2; hypertrophie du cœur, 17.

Sur les 90 individus du sexe féminin, 53 étaient âgés de moins de 14 ans, sur lesquels 31 avaient moins de un an. Les 37 autres femmes étaient presque toutes vieilles.

Chez les 53 enfants, on comptait 22 pneumonies lobulaires et 37 pneumonies doubles, dont une occupait la base de l'un des poumons et le sommet de l'autre; *complications :* rougeole, 13; tubercules, 12; abcès du poumon, 1; pleurésie, 9; bronchite, 3.

Chez les 37 femmes, on a noté 18 pneumonies droites, 8 pneumonies gauches et 11 pneumonies doubles. Sur ce nombre, il y avait 3 pneumonies du sommet droit, une pneumonie du sommet gauche, une pneumonie des deux sommets, une pneumonie du sommet de l'un des poumons et de la base de l'autre; *complications :* adhérences anciennes des plèvres, 7; épanchement pleurétique, 3; bronchite, 15; emphysème pulmonaire, 3; tubercules, 3; péricardite, 1.

Nous regrettons que le docteur Boyd ne se soit pas expliqué sur les trois cas d'abcès du poumon : étaient-ce des abcès proprement dits ou des excavations tuberculeuses ?

(*The Edinburg med. and surg. Journal*, *janvier* 1843.)

DE LA FRÉQUENCE DU POULS AUX DIFFÉRENTES HEURES DE LA JOURNÉE. — Les auteurs ont émis des opinions très diverses sur cette question. Les uns soutiennent avec Keill, Robinson, Falconer, que le pouls est moins fréquent le matin que le soir ; les autres, avec Knox et Saunders, défendent l'assertion opposée ; enfin, Prout prétend que la fréquence du pouls reste la même. Le docteur Stratton a expérimenté pendant 78 jours sur lui-même, et il est arrivé aux résultats suivants : 66 fois le pouls a été plus fréquent le matin, 10 fois il a été moins fréquent, 2 fois la fréquence n'a pas varié. Le maximum des battements du pouls, le matin, a été de 91, le minimum de 68. Le soir, le maximum a été de 87, le minimum de 63.

(*The Edinburg med. and surg. Journal, janvier* 1843.)

RUPTURE DE LA TRACHÉE-ARTÈRE. — Chez un jeune enfant affecté de bronchite, qui se livrait, pendant les quintes de toux, à des mouvements désordonnés, et qui renversait violemment la tête en arrière, il se manifesta tout-à-coup un emphysème qui envahit le tissu cellulaire sous-cutané du cou, de la face et d'une grande partie de la poitrine. Le petit malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva une déchirure transversale d'un demi-pouce d'étendue, ayant son siége dans le premier espace inter-cartilagineux. Aucune altération ne pouvait rendre raison de cette solution de continuité, qui n'avait pu être produite que par un brusque et violent renversement de la tête en arrière.

(*Schmidt's Jahrbücher*, n° 2, 1843.)

RUPTURE DU CŒUR. — Un homme de 45 ans prenait un bain de vapeur : au bout de quelques minutes, il s'écria que la chaleur était trop forte, et tomba aussitôt par terre, privé de connaissance. Huit heures après il était mort. A l'autopsie, on trouva le cerveau légèrement injecté, les poumons gorgés de sang, et le péricarde distendu par une grande quantité de ce liquide, qui s'était échappée par une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du ventricule gauche du cœur. Ce dernier viscère ne présentait d'ailleurs aucune lésion organique.

(*Schmidt's Jahrbücher*, n° 2, 1843.)

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA TYMPANITE PÉRITONÉALE *d'avec la tympanite intestinale.* — La thérapeutique est intéressée à ce qu'on puisse établir ce diagnostic différentiel. Les praticiens comprendront, en effet, que dans le cas où il est possible d'acquérir la certitude que les gaz sont accumulés dans le péritoine, il est facile de leur donner issue sans péril, à l'aide d'une ponction pratiquée avec un trois-quarts très fin. Or, suivant le médecin allemand, ces signes différentiels sont les suivants.

Dans la pneumatose péritonéale, la résonnance est égale et grave, avec tension uniforme de tout l'abdomen, refoulement du foie en arrière et interposition des gaz entre cet organe et les parois de l'hypochondre droit. L'erreur ne serait possible, pour ce dernier signe, que dans le cas où le foie aurait contracté des adhérences avec le péritoine pariétal. On comprend aussitôt, sans qu'il soit nécessaire de le détailler, non-seulement quelle différence il y a, mais quelle différence il doit y avoir, en effet, entre ces signes physiques et ceux qui caractérisent la tympanite intestinale.

Question maintenant de savoir si, dans le cas rapporté et qui a servi à fonder cette distinction, les gaz s'étaient formés dans la cavité péritonéale elle-même, ou bien s'ils y étaient passés de l'intestin par une étroite perforation de celui-ci ; car on avait affaire à un jeune homme mort d'une fièvre typhoïde et chez qui l'autopsie démontra les lésions propres à cette maladie. On dit bien qu'il n'y avait pas d'ulcération perforatrice ; mais il est permis d'en douter, quand on ajoute qu'il y avait dans le péritoine de la lymphe plastique et de la sérosité fétide. Au surplus, quelle qu'ait été l'origine de ces gaz, on sent que les signes physiques capables d'en faire reconnaître la présence plutôt dans la cavité du ventre que dans celle des intestins, doivent être absolument les mêmes ; et voilà pourquoi, malgré cette incertitude, nous avons dû mentionner ce détail de séméiologie.

(*Medicinische Jahrbucher des oesterreichischen staates.*)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI MÉDICAL DES SOLANÉES VIREUSES.

Si on en excepte leurs emplois chirurgicaux, les solanées vireuses étaient depuis dix ans environ tombées dans un grand discrédit ; cela tenait en grande partie aux mauvaises préparations pharmaceutiques habituellement employées. Aujourd'hui, l'efficacité de ces héroïques agents pour combattre plusieurs névroses graves est mieux appréciée. Nous allons rapporter les formules nouvellement préconisées.

Traitement de l'épilepsie.

(De Breyne.)

Extrait de belladone par décoction aqueuse		4 grammes.
Poudre de gomme arabique		2 grammes.
Poudre inerte q. s. pour 120 pilules.		

On prendra une pilule le premier jour, 2 le second, et on augmente de 1 chaque jour jusqu'à 6 en vingt-quatre heures, 2 matin, midi et soir, et une ou deux heures avant les repas. On continue ainsi, si l'on n'éprouve pas un trouble notable dans la vue; si ce trouble se manifeste, on diminue la dose ou on arrête tout-à-fait pendant quelques jours. Si l'on n'observe aucune altération dans la vue ni autres effets fâcheux, on pourra porter la dose à 8 ou 10 pilules, ce qui fera 30 centigrammes d'extrait de belladonne par jour.

Extrait de belladone, d'après la méthode de M. De Breyne.

Comme nous sommes convaincus que le mode de préparation peut influer beaucoup sur la valeur réelle des médicaments, et en particulier sur les préparations des solanées vireuses; comme nous croyons que les faits annoncés par un homme aussi recommandable que M. De Breyne, professeur de médecine pratique à la Grande-Trappe, auront du retentissement, nous croyons devoir indiquer le procédé qu'il recommande pour préparer son extrait de belladone. Belladone, feuilles et tiges vertes s. q. Faites-les bouillir dans suffisante quantité d'eau, passez, évaporez en consistance extractive.

M. De Breyne pense que l'extrait préparé avec le suc de belladone évaporé lentement conserve davantage ses principes volatils, et il le regarde comme plus vireux et plus actif. Nous sommes loin de regarder le mode de préparation indiqué par M. De Breyne comme devant être généralement adopté. Nous pensons que nos connaissances chimiques sur la nature des solanées vireuses sont assez avancées pour réclamer une réforme complète des préparations pharmaceutiques dont elles sont la base; mais quand on répète les observations d'un auteur, il est indispensable de se placer, autant que possible, dans les mêmes conditions que lui.

Pilules contre l'hystérie.

(De Breyne.)

Camphre	12 grammes.
Assa-fœtida	12 grammes.
Extrait de belladone	3 grammes.
Extrait aqueux thébaïque	1 gramme.
Sirop de gomme q s. pour 120 pilules	

Une pilule le premier jour, 2 le second, et on augmente ainsi d'une pilule chaque jour jusqu'à 6 en 24 heures; 2 matin, midi et soir et deux heures avant les repas. Voilà à peu près le seul remède que M. De Breyne emploie contre les attaques hystériques.

Pilules contre l'épilepsie.

(Leuret.)

Extrait de stramonium	1 gramme.
— de belladone	1 gramme.
Camphre	5 décigr.
Opium	5 décigr.

F. s. a. des pilules de 10 centigrammes à prendre une chaque jour, en augmentant la dose et la portant avec ménagement jusqu'à 15 et 20 pilules par jour.

M. Leuret, médecin de la section des aliénés et des épilectiques, à Bicêtre, a constaté l'efficacité de la préparation précédente.

THÉ AVARIÉ VENDU PAR ORDRE DU GOUVERNEMENT.

M. Dubail a signalé à l'attention publique un fait d'une haute gravité. 2,700 caisses de thé avarié, provenant du trois mâts anglais *Reliance*, naufragé dans la nuit du 12 au 13 novembre, sur la côte de Merlimont, ont dû être vendues en vente publique le 25 novembre par les soins du commissaire de l'inscription maritime. Ce thé est complètement privé d'odeur, il n'a aucune saveur astringente; il ne lui reste qu'une saveur salée provenant de l'avarie, et la quantité en est telle qu'elle peut suffire aux besoins de la consommation de la France pendant douze à quinze mois. M. Dubail ajoute : l'administration peut-elle équitablement se permettre la vente d'une denrée dont le débit au détail entraînerait, pour le pharmacien qui s'en rendrait coupable, l'amende et la destruction de la drogue?

ANALYSE COMPARÉE DES OS D'UN HOMME SAIN AVEC CEUX D'UN RACHITIQUE.

(R.-F. Marchand.)

Pour les os sains, M. Marchand a analysé un fémur débarrassé du périoste et de la graisse. Le sujet était âgé de 30 ans. Voici les résultats de cette analyse :

Cartilage insoluble dans l'acide chlorhydrique	27,23
Cartilage soluble dans l'acide chlorhydrique	5,02
Vaisseaux	1,01
Phosphate borique de chaux	52,26
Fluure de calcium	1,00
Carbonate de chaux	10,21
Phosphate de magnésie	1,05
Soude	0,92
Chlorure de sodium	0,25
Oxydes de fer et de manganèse; perte	1,05
	100,00

Voici maintenant l'analyse des os d'un enfant rachitique :

	Vertèbres dorsales.	Radius.	Fémur.	Côtes sternales.
Cartilage........	75,22	71,26	72,20	61,20
Substance grasse..	6,12	7.50	7,20	9,34
Phosphate de chaux	12,56	15,11	14,78	21,55
Phosphate de magnésie	0,92	0,78	0 80	0,72
Carbonate de chaux.	5,20	5,15	5,00	3,70
Sulfate de chaux... Sulfate de soude...	0,98	1,00	1,02	1,68
Fluure de calcium. Chlorure de sodium. Fer perte.........	1,00	1,20	1,00	2,01
	100,00	100,00	100,00	100,00

Le cartilage a subi lui-même, dans ce cas, une altération tout-à-fait essentielle; il n'est plus possible de le transformer en gélatine par l'ébullition, comme celui des os sains. Il ne fournit pas non plus la substance semblable à la gélatine que le cartilage sain donne par l'ébullition avant l'ossification, et qu'on nomme coudrine. L'étonnante diminution de la matière terreuse des os, qui n'existe plus ici que dans une proportion si extraordinairement faible, s'explique par le passage du phosphate de chaux dans l'urine, sous l'influence de l'acide lactique; on sait, en effet, d'après la remarque de Berzélius, que cet acide jouit de la propriété de dissoudre le phosphate de chaux avec facilité. On doit également ne pas perdre de vue que chez les sujets rachitiques les aliments se transforment, dans l'appareil digestif, en grande partie, en acide lactique. Les efforts du médecin doivent donc tendre évidemment, dans ces cas, à empêcher cette production anormale.

A.-B.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE ET DE PATHOLOGIE IATRIQUE OU MÉDICALE, *par* P.-A. Piorry, *professeur à la Faculté de médecine de Paris.*—Chez Pourchet, rue des Grès-Sorbonne, 8; prix : 8 fr. le volume.—Tel est le titre d'un traité complet de médecine que M. Piorry vient d'entreprendre. L'ouvrage entier aura six volumes; il en paraîtra un volume par an. Le tome 1er qui renferme les *polygraphies* ou généralités de la science a été publié en 1841; le tome IIe qui comprend le commencement des *monographies* ou l'exposition détaillée des maladies a paru en 1842; le tome IIIe est sous presse.

Comme on le voit, M. Piorry ne s'endort pas dans la chaire qu'il a si laborieusement conquise. C'est une preuve certaine que cette chaire n'était pas le but unique de ses travaux; sa volonté ferme était soutenue par cette conviction de doctrine, ce goût d'études et de recherches sans lesquels il est bien difficile de sortir de la foule. Au reste, si l'on pouvait douter de ce que nous venons d'avancer, on en trouverait une autre preuve non moins certaine dans la lecture de l'ouvrage que nous annonçons. La conviction ardente de l'auteur y est démontrée presque à chaque page par la fermeté et l'originalité des idées. M. Piorry écrit en praticien qui a vu beaucoup de malades; il se regarde comme maître de son sujet et ne recule guères devant les difficultés qu'il rencontre. Cette allure vive est bien plus faite pour donner le goût des études pathologiques que cette marche dite *sévère* ou *consciencieuse* qui n'engendre le plus souvent que l'indifférence et le septicisme. Mais ne manquera-t-on pas de nous objecter, la conviction est dangereuse, car elle expose à commettre des erreurs. Nous nous garderons, certes, de soutenir le contraire; nous dirons même plus, c'est qu'il y a rarement de conviction qui ne traîne après elle quelques fautes. Mais serait-il bien sage de conclure de là qu'il faut s'abstenir, et attendre les bras croisés, que les obscurités de la science s'éclaircissent d'elles-mêmes? Certainement non; préférons donc la conviction qui fait des erreurs, à l'indifférence qui n'en fait pas puisqu'elle ne fait rien, mais qui est elle-même une erreur continue, et l'erreur la plus détestable de toutes. Cela dit sur l'impression générale que nous a causée l'ouvrage de M. Piorry, entrons dans la substance qu'il renferme. Cet ouvrage contient trois choses principales, une nomenclature, des idées générales, des points de détails.

1° La nomenclature de M. Piorry est fondée sur l'état anatomique des organes malades, ou sur l'altération des fluides. Elle se compose entièrement de mots grecs, combinés deux à deux, trois à trois, etc., pour désigner les différentes affections des organes ou des liquides. Ainsi prenant pour exemple le mot *pneumo*, le poumon, nous aurons *pneumo-phymie* tubercule du poumon, *pneumo-lithie* calculs du poumon. L'état couenneux du sang est désigné sous le nom d'*hémite*; la *septico-hémie* est

l'altération du sang qui est vicié par une absorption miasmatique, comme cela est admis généralement dans le typhus, etc. M. Piorry expose très au long, dans un chapitre *ad hoc*, toutes les objections qu'on a faites à sa nomenclature; il n'en omet aucune, et oppose à chacune d'elles une argumentation facile et souvent imprévue. Il y a surtout une de ces objections qui nous a paru très grave, c'est celle tirée du sort des nomenclatures de MM. Chaussier et Duméril, qui bien qu'appliquées à une science aussi positive que l'anatomie, n'ont pourtant pas été adoptées. M. Piorry pense que toute espérance n'est pas perdue pour elles, quelque professeur, dit-il, « en fera sentir plus tard l'utilité et les fera adopter. » Cela montre assez que M. Piorry compte beaucoup sur le temps pour l'adoption de sa nomenclature. Nous croyons, nous, qu'elle sera plus heureuse que celles de MM. Chaussier et Duméril, en ce sens qu'il en restera plusieurs mots dans la langue médicale, mais on ne peut pas s'attendre à la voir adoptée dans son intégrité.

2° Une idée générale domine tout l'ouvrage, en est comme le fondement systématique, et fournit un considérant majeur pour l'établissement de la nomenclature précitée, c'est « que la maladie n'est point une unité, elle est un composé de nombreux éléments organo-pathologiques. La maladie sous quelque forme qu'on l'étudie est complexe, et ne doit en aucune façon être individualisée ou considérée comme une chose simple et ne peut être rigoureusement et absolument désignée par un nom spécial » (tome 1er, page 618). La décomposition de *la maladie* en états-organo-pathologiques multiples, tel que l'entend M. Piorry, ne saurait être légitimement attaquée; nous devons ajouter qu'elle contribue à bien faire comprendre la succession et le groupement des différents symptômes de *la maladie;* et par conséquent elle constitue un progrès réel en pathologie. Mais il n'en faut pas moins reconnaître certains principes pathogéniques qui produisent et gouvernent souvent les états organo-pathologiques, bien qu'on ne puisse ni les voir, ni les toucher. Les physiciens admettent certains fluides impondérables ou incoercibles qu'on ne peut apprécier que par leurs résultats matériels; pourquoi les médecins, qui n'ont pas le droit d'être plus difficiles que les physiciens, ne reconnaîtraient-ils pas aussi des agents invisibles et insaisissables qui ne peuvent s'apprécier également que par leurs résultats, et qui déterminent une altération matérielle des solides et des fluides? Les grandes indications thérapeutiques sont tirées de la cause générale et inconnue des états organo-pathologiques; quant aux états organo-pathologiques qui sont liés à une cause générale, ils ne réclament le plus souvent que des indications secondaires.

3° Les idées particulières que renferme cet ouvrage sont pour la plupart neuves et par conséquent très intéressantes. Le premier volume, qui après tout n'est qu'un traité de pathologie générale, contient sur l'étiologie, la séméiologie et la thérapeutique, des considérations qui sont dignes d'être méditées. L'auteur les expose si clairement qu'on a la conscience de les comprendre aussi bien que lui, chose malheureusement peu commune dans les ouvrages de pathologie générale.

C'est surtout dans le second volume qu'on trouve une foule de particularités intéressantes. Ce volume contient les affections du système circulatoire, c'est-à-dire du cœur, des artères, des veines et des lymphatiques. L'auteur y expose les différentes recherches qu'il a faites sur ces affections, et il n'oublie jamais de rendre aux autres observateurs la justice qui leur est due. Ce traité des maladies des vaisseaux se prête merveilleusement à l'étude de ces modes d'investigation physique professés avec tant de persévérance et de distinction par M. Piorry. Les différents moyens de percussion, d'auscultation, etc., sont presque continuellement en cause, et il est inutile d'ajouter qu'ils sont appréciés et précisés autant que possible.

La lecture de ces deux premiers volumes nous permet d'annoncer que l'ouvrage entier formera le traité le plus complet que nous possédions sur les altérations des organes et des liquides. Nous devons par conséquent le recommander vivement à tous les médecins qui veulent suivre le mouvement actuel des idées.

RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, *de chirurgie et de pharmacie militaires,* tome LII, 1843.

Il est des publications dont l'industrie particulière fait rarement les frais, mais dont les gouvernements et les corps constitués comprennent assez l'importance pour les soutenir; telles sont les relations scientifiques des grandes expéditions et des circumnavigations; tels sont les Mémoires des sociétés savantes, des académies; tels sont encore les comptes-rendus des différentes administrations; ces ouvrages sont des mines précieuses où la science puise et qu'elle exploite au profit de la société. Depuis quelques années la médecine a su y trouver des documens qui lui ont servi à établir des lois.

Le *Recueil de mémoires*, dont le 52e volume vient de paraître et qui est publié par les soins du ministre de la guerre, sous la surveillance du conseil de santé des armées, renferme de ces documents importants. En parcourant ce

volume on prendra une connaissance exacte et précise de l'Algérie, de ses différentes provinces, des villes, des camps, enfin de toutes les localités qu'occupent nos troupes et qu'essaient de cultiver nos colons.

La description d'Oran, par M. Soucelyer, est des plus pittoresques et donne une idée parfaite des particularités de cette ville; on comprend comment les dysenteries y sont si fréquentes, tandis que les fièvres intermittentes sont peu nombreuses : en effet, cette ville, étagée sur le sommet et le versant de trois collines, à rues larges et ouvertes, offre, dans les points où frappe le soleil, une chaleur insupportable, et, au contraire, des courants d'un air vif et froid dans ceux qui sont à l'abri des rayons solaires, mais non des vents de mer.

La disposition topographique des camps de Brédia et du Figuier, de l'île de Rachegoun, de Misserghinn, de Mers-el-Kébir, d'Arsew, etc., est fort bien exposée et fait deviner la nature des maladies qui doivent régner dans ces différents lieux. On doit à M. Marseilhau des détails fort intéressants sur la nature des eaux; il résulterait de ces recherches et d'un tableau de la composition chimique des différentes sources de l'Algérie, que les eaux d'Oran sont sensiblement plus chargées de sels que les autres, ce qui contribuerait à expliquer la prédominance de la dysenterie dans cette province.

Nous voudrions rapporter ici la description de cette terrible affection telle qu'elle a été faite par MM. Soucelyer et Marseilhau, mais ce serait dépasser les bornes d'une analyse. Nous renvoyons à l'ouvrage même les lecteurs qui voudront connaître les formes de la dysenterie et les déplorables désordres qu'elle produit. C'est surtout à cette maladie que nos troupes succombent à Oran; aussi sur 3,554 phlegmasies de l'appareil digestif, composées en grande partie de dysenteries, a-t-on compté, en 1838 et 1839, 435 morts tandis que sur 736 fièvres intermittentes il n'y a eu que 7 morts. Il n'est pas un seul point de l'Algérie qui offre si peu de fièvres intermittentes et une si faible mortalité parmi ces affections.

On trouvera, dans ce volume, les documents les plus exacts et les plus circonstanciés sur les maladies d'Alger, tels que les a recueillis M. Laveran, actuellement médecin et professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz. Nous avons principalement remarqué les détails sur la fièvre typhoïde, les fièvres pernicieuses et la dysenterie de ce climat et l'histoire de deux abcès du foie; l'anatomie pathologique n'y est pas moins soigneusement traitée que la symptomatologie. Ce Mémoire fait honneur à son auteur.

Nous en dirons autant de ceux MM. Berthérand, sur Blidah; Gaudineau, sur Philippeville; Baudier, sur Bône; Deleau et Ferrus, sur Constantine. On voit, dans ces différentes monographies, comment les débordements du Salsaf et de la Seybouse entretiennent autour de Philippeville et de Bône les fièvres intermittentes pernicieuses, dont cependant les travaux de desséchement, bien que fort incomplets, ont singulièrement diminué le nombre et la gravité.

L'hygiène, non moins que la pathologie, puiseront dans ces Mémoires des données certaines et le résultat d'une expérience faite sur une grande échelle.

On lira avec un intérêt tout particulier les détails fournis par M. Deleau sur les maladies propres aux indigènes et sur leur médecine. Le dispensaire où il donnait des consultations à Constantine l'a mis à même de recueillir à cet égard des particularités qui ont dû échapper à un grand nombre d'officiers de santé militaires.

Ce volume est riche, comme on voit, en matériaux relatifs à la médecine; la chirurgie, cette fois, n'a fourni qu'un Mémoire de M. Fleschut, sur un coup de feu à travers l'épaule.

La chimie n'a pas manqué à l'appel, elle a apporté son contingent; nous nous bornerons à mentionner ses derniers travaux. Le premier est dû à M. Langlois, pharmacien, professeur à l'hôpital d'instruction de Strasbourg; il traite d'un nouvel oxacide du soufre. Viennent ensuite des expériences sur quelques plantes textiles du nord de l'Afrique, susceptibles d'être employées à la fabrication du papier, par M. le docteur Pallas; puis un extrait des recherches faites par le même, en Afrique, sur le maïs; puis celles de M. Millon, professeur de chimie au Val-de-Grâce, sur l'acide nitrique.

Enfin, le volume se termine par une notice sur feu Aulagnier.

Quelque incomplète que soit cette analyse, elle donne du moins une idée des travaux auxquels se livrent MM. les officiers de santé militaires soit en France, soit en Algérie, au milieu du tumulte des camps, et malgré les fatigues du climat et de la vie militaire : c'est une dette que nous payons, bien incomplètement encore, à leur zèle pour la science et à leur dévouement à la santé du soldat.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Nomination de MM. Andral et Rayer.

L'événement médical important de l'Académie des sciences pendant le mois de février, c'est la nomination de MM. Andral et Rayer. M. Andral a été nommé dans la section de médecine, et M. Rayer dans la section d'économie rurale et d'art vétérinaire. L'Académie était au grand complet le jour de ces nominations, faites à 8 jours d'intervalle. Sur 56 voix, M. Andral en a obtenu 42 et M. Rayer 41. Depuis fort longtemps l'Académie n'avait pas fait de nomination avec une si imposante majorité qui témoigne de l'excellent choix qui a été fait.

L'Académie des sciences a bien mérité de la médecine en admettant dans son sein deux des plus célèbres représentants de la médecine française. Aussi toute la presse médicale s'accorde à faire l'éloge du choix de l'Académie.

L'admission de M. Rayer dans la section d'économie rurale et d'art vétérinaire est une heureuse innovation. Ce savant médecin a été nommé dans cette section en raison de ses travaux de pathologie comparée. Espérons qu'à l'avenir la médecine aura un siége de plus à l'Académie des sciences, qui sera le prix de travaux faits par des médecins dans cette nouvelle voie d'observations pathologiques. S'il doit en être ainsi nous devons nous féliciter d'autant plus de cette acquisition, que la médecine et la chirurgie n'ont pas à l'Institut un aussi grand nombre de fauteuils que les autres sciences.

Note sur une altération vermineuse du sang d'un chien, déterminé par un grand nombre d'hématozoaires du genre filaire, par MM. Gruby et Delafond.

Les auteurs ont mis sous les yeux de l'Académie des sciences le dessin de l'animal trouvé dans le sang d'un chien, l'animal lui-même conservé, le chien vivant sur lequel ils proposent de faire une piqûre et de démontrer par le microscope le filaire circulant avec le sang.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Développement de la morve à la suite de la transfusion du sang d'un cheval morveux.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 7 février, M. Renault fit une communication du plus grand intérêt. Ce vétérinaire inocula à un cheval du pus venant d'un homme qui avait succombé à la morve; l'animal inoculé fut atteint d'affection morveuse. Cette expérience, comme on sait, a été fréquemment répétée dans ces dernières années, et ses résultats ont toujours été les mêmes. Mais M. Renault ne s'arrêta pas à cette seule expérience, il voulut essayer si cette maladie facilement transmissible par l'inoculation, l'était également par la transfusion du sang. Dans cette intention il tira de la veine jugulaire du cheval, 5 décilitres de sang qu'il injecta immédiatement dans la même veine d'un cheval sain. Après trois jours ce dernier animal présenta tous les signes de l'affection morveuse. Cette expérience fut répétée deux fois, et chaque fois des résultats identiques furent obtenus. Ces observations démontrent positivement que le virus morveux passe rapidement dans le sang, et s'y conserve, avec ses propriétés virulentes, et cependant l'examen du sang infecté par le virus morveux, coagulé et soumis au microscope, n'a rien fait découvrir d'anormal.

M. Ségalas s'éleva contre les conclusions qu'il trouvait trop absolues, il déclara qu'il ne fallait pas se hâter de conclure, et que l'injection des 5 décilitres de sang dans la veine d'un cheval sain pourrait n'être pas sans danger, abstraction faite de l'action spéciale de tout principe virulent. M. Renault, pour répondre aux objections de M. Segalas, a injecté dans la veine d'un cheval 5 décilitres de sang provenant d'un cheval atteint de catarrhe bronchique, et cette injection n'a produit aucun accident. Le cheval injecté ayant été ensuite sacrifié, n'a offert aucune lésion qui pût faire soupçonner une affection morveuse.

M. Renault a conclu de toutes ses expériences que le sang des chevaux farcineux contient le virus non modifié de la morve, et que la transfusion de ce sang donne lieu au développement de cette affection chez un autre animal.

De l'emphysème pulmonaire.—Depuis longtemps l'Académie n'avait pas discuté de questions aussi importantes, que celles qui ont occupé les deux dernières séances de février. A propos d'un fort bon travail de M. Prus sur le siége, la nature de l'altération anatomique de cette maladie, et sa terminaison par la mort, points encore fort obscurs, un grand nombre d'académiciens ont fait des commentaires intéressants à ce sujet. Dans notre prochain numéro nous analyserons avec soin cette discussion.

VARIÉTÉS.

Au lieu de forcer les Chinois à s'empoisonner avec de l'opium, les Anglais feraient beaucoup mieux de leur apprendre l'anatomie et la physiologie. La note suivante montrera qu'à cet égard tout l'avantage est aux *Barbares*.

Les connaissances des Chinois, en anatomie et en physiologie, au lieu de devenir de plus en plus exactes avec le temps, se sont de plus en plus faussées, et, aujourd'hui, elles ne représentent qu'un amas d'erreurs grossières. Il suffit de jeter un coup-d'œil sur les antiquités chinoises, pour voir combien ce peuple a dégénéré sous le rapport scientifique. La raison en est d'ailleurs facile à trouver : depuis plusieurs siècles on ne pratique en Chine ni autopsies ni dissections, la tradition est la seule source à laquelle on puisse puiser; or, elle s'altère incessamment : le génie de la langue se prête à des interprétations multiples, les copistes commettent de nombreuses inexactitudes; il n'est donc pas étonnant que les textes et les planches s'éloignent de plus en plus de la vérité.

Dans les figures qui représentent le squelette on n'aperçoit ni les os du corps, ni les phalanges, ni le radius, ni le péronée, ni les os du tarse. Les vertèbres sont assez exactement représentées quant à leur forme, mais leur nombre n'est point toujours le même. La clavicule, l'omoplate, le sternum, les côtes sont passablement figurées; quant au bassin, on lui donne des formes très diverses : tantôt il n'est constitué que par une seule pièce qui entoure l'abdomen tout entier, tantôt il se prolonge en deux appendices qui pénètrent dans les fémurs.

La rotule est un des os que les Chinois connaissent le mieux, fort malheureusement pour eux, car l'extraction de cet os est une des punitions infligées par le code pénal.

Le larynx et la trachée-artère, le pharynx et l'œsophage, sont bien représentées, mais les anneaux cartilagineux de la trachée descendent jusqu'à l'extrémité de ce conduit qui ne se bifurque point, et qui pénètre dans le cœur après avoir traversé les poumons.

Les poumons ont six lobes : un au milieu, trois à droite et deux à gauche.

L'estomac est dirigé d'arrière en avant. L'ouverture pylorique est placée au niveau de l'ombilic.

Le duodénum et le canal cholédoque n'existent point, non plus que le pancréas, *afin que l'homme n'ait point de ressemblance avec certains animaux qui ont un pancréas énorme.*

Les intestins grêles s'enroulent autour d'un axe imaginaire et communiquent par un conduit particulier avec le colon, auquel on donne une amplitude extraordinaire. Dans ce conduit se forme une vapeur qui va se condenser dans la vessie, et se transformer en urine dans cet organe, dont le bas-fond se trouve placé entre les circonvolutions intestinales.

Le foie est composé de cinq lobes.

La rate est considérée comme un organe fort important.

Le chyle est porté par la veine-porte dans le foie et dans le cœur.

Les idées sur la circulation sont fort confuses. Les artères, *lorsqu'elles sont représentées*, se terminent toutes à la paroi thoracique, aux oreilles, sous les bras, aux yeux et aux lèvres. Ni dans les planches, ni dans le texte, il n'est question des vaisseaux qui se distribuent aux organes internes. Au moment où la trachée-artère pénètre dans le cœur, elle envoie trois ramifications, l'une dans la rate, l'autre dans le foie, la troisième dans les reins. Les mêmes vaisseaux charrient l'air, le sang et le chyle.

Il est, du reste, fort difficile de connaître précisément les idées des Chinois sur la circulation : on le concevra lorsqu'on saura que les mots *yang* et *yin* désignent la lumière et l'obscurité, l'homme et la femme, le soleil et la lune, le sang artériel et le sang veineux, les organes sécréteurs et les vaisseaux absorbants, etc.

Les Chinois ne connaissent du système nerveux que le grand sympathique, aussi placent-ils l'homme et les mollusques sur la même ligne. Toutes les sensations, les facultés, la volonté, etc., ont leur siége dans les organes splanchniques : le cœur est l'organe central vers lequel tout converge. Le but de la métaphysique chinoise est de déterminer la part qui revient à chaque organe dans ce travail, et elle a établi, sous ce point de vue, une classification curieuse. Le cœur et les intestins grêles correspondent au feu; les poumons et les gros intestins à l'or; le foie et la vésicule biliaire au bois; la rate et l'estomac à la terre; les autres organes à l'eau.

Les Chinois paraissent ne pas être étrangers à la physiognomonie et attacher une grande valeur aux traits du visage.

L'Allemagne semble en possession de fournir aux amateurs du merveilleux en médecine les méthodes révolutionnaires qui, après s'être annoncées avec grand fracas, après avoir beau-

coup promis, finissent, à force de déceptions, par céder place à la médecine rationnelle. Aux imaginations blasées sur le magnétisme animal et l'homœopathie, voici que s'offre maintenant l'hydrothérapie dont les agents principaux sont, comme on sait, la sudation, l'immersion dans l'eau froide du corps en sueur, et l'ingestion dans l'estomac d'une grande quantité d'eau froide. Mais si Priesnitz excite aujourd'hui autant d'enthousiasme qu'en ont soulevé Mesmer et Hanhemann, il ne peut manquer, comme tous les grands inventeurs, de se voir disputer la priorité de sa découverte, et nous commencerons par la réclamer en faveur d'un médecin qui vivait il y a deux mille ans; cette réclamation est basée sur le passage suivant traduit textuellement de Celse, liv. 3. ch. 2, § 5: « Ce n'est assurément pas une méthode nouvelle que celle qui vient à guérir au moyen de remèdes contraires des malades traînés en longueur par des médecins trop prudents. Déjà dès l'antiquité, avant Hérophile et Érasistrate, mais après Hippocrate, se rencontra un certain Pétron qui commençait, dès qu'un individu atteint de la fièvre lui était confié, par le couvrir de beaucoup de vêtements pour exciter la chaleur et la sueur: ensuite, dès que la fièvre perdait un peu de son intensité, il lui donnait à boire de l'eau froide, et s'il parvenait à provoquer la sueur, il jugeait avoir débarrassé le malade; s'il n'y était point parvenu, il lui faisait prendre encore une plus grande quantité d'eau. »

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue du Cherche-Midi, n° 42.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES.**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

AVRIL 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Réflexions et Observations pour servir au diagnostic des névralgies viscérales, *par* Louis FLEURY, D. M. P.

L'histoire des névralgies est loin d'être complète et l'on y rencontre encore de nombreuses lacunes. Si les travaux de Cotugno, d'André, de Méglin, de Nicod, de Pujol, de Chaussier, de Fothergill, de Bellingeri, de Halliday, de Ch. Bell, de MM. Chaponnière, Bérard, Bassereau, Valleix ont établi d'une manière à peu près définitive l'étude de la plupart des *névralgies superficielles* (névralgies trifaciale, cervico-occipitale, dorso-intercostale, crurale, fémoro-poplitée, etc.), quelle obscurité, quelle confusion dans les écrits des auteurs qui, comme Teale, Parrish, Ens, etc., se sont occupés des *névralgies profondes*, ayant leur siége dans les nerfs spinaux et ganglionnaires, dans les plexus!

C'est à peine si l'on connaît convenablement une seule des nombreuses *viscéralgies* qui tous les jours se présentent aux praticiens, et malgré les recherches de Trnka, de Johnson, de Schmidtmann, de M. Barras, que de gastralgies sont encore prises pour des gastrites, et aggravées, éternisées par la diète et le traitement anti-phlogistique! Que de gastralgies prises pour des cancers de l'estomac! Quel appui les erreurs de ce genre ne prêtent-elles pas au charlatanisme, à l'empi-

risme aveugle et inintelligent ! N'est-ce pas à elles que M. Benech a dû la vogue dont il a joui pendant quelque temps et qu'il aurait conservée plus long-temps peut-être, s'il ne fût tombé dans une exagération aussi monotone que funeste?

Les causes de cet état de choses sont, du reste, faciles à saisir. Le diagnostic des névralgies superficielles offre en général peu de difficultés. Le siége précis, la direction de la douleur, ses caractères, sa marche, le peu d'influence qu'exercent sur elle les mouvements exécutés par la partie affectée, sont autant de caractères distinctifs qui rendent presque toute erreur impossible, et qui ne permettent point de prendre la névralgie pour un rhumatisme musculaire, seule affection avec laquelle elle ait quelque analogie. Il n'en est plus de même dans les névralgies viscérales. En raison de la manière dont les nerfs se distribuent aux organes, la douleur est plus vague, plus diffuse; son siége ne peut être déterminé avec précision ; elle ne présente pas une direction fixe ; ses caractères ne sont plus aussi tranchés. D'un autre côté, la souffrance des nerfs étant plus ou moins partagée par l'organe tout entier, et les nerfs exerçant une influence directe sur les fonctions de celui-ci, il se manifeste des symptômes graves, des troubles fonctionnels qui peuvent faire croire à des altérations organiques qui n'existent pas.

C'est surtout lorsqu'on est obligé de se prononcer à un premier examen, dans une consultation par exemple, que les difficultés se pressent et que l'on glisse rapidement sur la pente de l'erreur. Il faut, dans ce cas, entrer dans les plus petits détails, tenir compte de ceux qui sont les moins importants en apparence, soumettre le malade à un long et minutieux interrogatoire ; et quelquefois, alors, le diagnostic ressort du rapprochement de circonstances et de faits qui paraissaient d'abord fort étrangers à la maladie, et sans connexion aucune entre eux ; mais trop souvent on suit une marche opposée. L'homme est naturellement ennemi du doute ; le médecin est naturellement enclin à établir son diagnostic *à priori :* sous l'empire de ses doctrines, de ses préoccupations du moment, il ne remarque, au milieu des éléments dont se compose l'histoire de la maladie, qu'un seul fait, qu'un seul rapport ; il le saisit, l'isole, lui accorde une valeur exagérée, ou lui donne même une mauvaise interprétation, et dès lors son jugement est porté, son parti est pris ; involontairement, pour ainsi dire, il rattache tout, il subordonne tout à ce fait ; la prévention aveugle son esprit, fausse son jugement, et il parvient à faire tourner au profit de son opinion, même ce qui la combat et la condamne.

Sans doute, en observant la marche de la maladie, on finit ordinairement par découvrir quelques caractères qui, propres à toutes les névralgies, indiquent la nature de l'affection. L'intermittence des douleurs et des troubles fonctionnels, les circonstances qui amènent la disparition et le retour des symptômes, l'influence de certains agents hygiéniques, des affections morales, les essais thérapeutiques que l'on est obligé de faire, conduisent, au bout d'un temps plus ou moins long, au véritable diagnostic ; mais jusque-là que de souffrance pour le malade, que d'hésitation pour le praticien !

Je me propose, dans cet article, de rapporter deux faits fort remarquables et d'un grand intérêt pratique, parce qu'ils montrent l'influence qu'exerce, sur les symptômes et le diagnostic des névralgies, le siége qu'occupe la maladie ; mais je dois préalablement répondre à une objection qui ressort d'une opinion qu'a récemment soutenue M. Valleix.

M. Valleix ne considère point les *viscéralgies* comme des *névralgies*, et il ne s'est point occupé des premières dans l'ouvrage qu'il a publié (*Traité des névralgies*, Paris, 1841). M. Valleix a cru devoir en agir ainsi, « parce que dans les viscéralgies le siége de la douleur occupant, dans tous les sens, une étendue considérable d'un viscère, ne peut être comparé au siége des douleurs névralgiques, ... et parce que les viscéralgies consistent bien plutôt dans les troubles fonctionnels de l'organe malade, que dans la douleur des nerfs qui s'y rendent, tandis que dans

la névralgie la douleur des nerfs est le point capital, et les lésions fonctionnelles des organes auxquels il se distribue ne sont que des phénomènes accessoires. » (*Ouv. cité*, p. 4.)

S'il fallait, en pathologie, établir des divisions sur de semblables considérations, toute idée de pathogénie serait détruite, et nous serions ramenés au chaos de la nosologie méthodique.

Qu'arriverait-il, en effet, si, ne tenant aucun compte de la cause prochaine, de la nature des maladies, on établissait autant d'individualités morbides qu'une même affection peut occuper de siéges divers? si l'on transformait des variétés symptomatiques, en rapport avec le siége de la maladie et parfaitement expliquées par l'anatomie et la physiologie, en caractères différentiels fondamentaux? si, en un mot, on considérait comme des affections distinctes toutes les formes, les variétés que peut présenter une même maladie?

« Cette manière d'envisager les faits, ajoute M. Valleix (*Loc. cit.*, p. 5), a, du reste, jusqu'à un certain point, pour elle, l'autorité de Jos. Franck. » Autant vaut, en matière de divisions, invoquer Sauvage que Jos. Franck! Mais M. Valleix ne peut même s'abriter derrière cette autorité. Jos. Franck n'a jamais songé à séparer, nosologiquement parlant, les viscéralgies des névralgies, et il ne l'eût certainement pas fait dans un *Traité des névralgies*; il ne s'agit, pour Jos. Franck, que d'une question d'ordre, de distribution des matières. Jos. Franck divise les névralgies, en névralgies des nerfs des viscères, névralgies des nerfs des ganglions et des plexus, et névralgies des nerfs qui sont isolés; il est évident que, dans un *Traité des névralgies*, Jos. Franck aurait consacré un chapitre à chacune de ces espèces névralgiques; mais écrivant un Traité de pathologie interne, il s'est naturellement conformé au plan de son ouvrage: il a renvoyé l'histoire des névralgies des nerfs olfactifs, optiques, acoustiques, aux chapitres où il est question des maladies des fosses nasales, des yeux, des oreilles; les ganglions et les plexus nerveux présidant aux fonctions des viscères de la poitrine et de l'abdomen, les névralgies des nerfs des ganglions et des plexus « ne peuvent être exposées nulle part avec plus d'avantages que dans les chapitres où l'on traite des maladies de ces viscères. » C'est ainsi que Jos. Franck est amené à ne décrire, dans le chapitre consacré aux névralgies, que les névralgies des nerfs isolés.

M. Valleix ne voulait décrire que les *névralgies superficielles*, et cependant il voulait intituler son ouvrage: *Traité des névralgies*. N'est-ce pas à l'ambition de ce titre qu'il a sacrifié des convictions conformes à celles de tous les auteurs? Je le croirais, si l'ouvrage de M. Valleix ne renfermait point quelques autres propositions qu'il m'a été impossible de comprendre et de concilier.

Ainsi tantôt (*Ouv. cit.*, p. 4) les névralgies sont complètement séparées des viscéralgies, tantôt (p. 703) on signale la facilité avec laquelle une névralgie peut se porter sur un organe interne et causer une viscéralgie. « Les viscéralgies, est-il dit ailleurs (p. 702), pourraient être prises pour de simples névralgies, si le trouble des fonctions de l'organe affecté et l'absence de points superficiels ne venaient en aide au diagnostic: » on le voit; ici c'est d'après des différences symptomatiques en rapport avec le *siége* de la maladie, qu'on se prononce sur la *nature* de cette maladie. Lorsque M. Valleix parle de prendre une viscéralgie pour une *simple névralgie* il n'entend point sans doute parler de la gastralgie et du tic douloureux? Existe-t-il donc, pour M. Valleix, des *viscéralgies* et des *névralgies viscérales?* Est-ce que dans ces dernières il existe des *points superficiels?* Est-ce que les organes sont affectés sans qu'il se manifeste aucune altération fonctionnelle? M. Valleix refuse donc le nom de névralgies aux viscéralgies, parce que dans celles-ci il existe des points profonds et des troubles fonctionnels de l'organe affecté?

« La différence du *siége*, dit M. Valleix (p. 701), est assez importante pour motiver la séparation du rhumatisme musculaire et de la névralgie dans le cadre

nosographique. » Mais aux yeux du pathologiste le rhumatisme musculaire et la névralgie sont-ils des affections essentiellement différentes? M. Valleix répond par la négative : « la nature de la maladie est la même, le siége seul est différent. »

Ici M. Valleix fonde une séparation dans le cadre nosologique sur une différence de *siége*, la seule qu'il aperçoive entre le rhumatisme musculaire et la névralgie et quoiqu'il admette entre ces deux affections une identité de nature. Mais M. Valleix dit plus loin (p. 703): « Je répéterai, à propos des viscéralgies, ce que j'ai dit du diagnostic différentiel du rhumatisme musculaire. Si je l'établis, c'est sans rien préjuger sur la nature même de ces affections que bien des raisons me portent à regarder comme identiques. »

L'obscurité du texte se prête ici à deux interprétations. Si M. Valleix n'entend parler que du rhumatisme musculaire, je répondrai que s'il y a identité de nature entre la névralgie et le rhumatisme musculaire et entre celui-ci et la viscéralgie, il faut en conclure, de toute nécessité, que l'identité existe entre la névralgie et la viscéralgie.

Si M. Valleix entend dire qu'il y a, d'une part, identité entre la névralgie et le rhumatisme musculaire et, d'autre part, entre la viscéralgie et le rhumatisme viscéral, il faut en conclure que, si la névralgie et la viscéralgie constituent deux affections distinctes, il en sera de même à l'égard du rhumatisme musculaire et du rhumatisme viscéral. Dans ce cas, je renverrai M. Valleix à MM. Chomel et Requin.

La discussion à laquelle je viens de me livrer m'était imposée, puisque, ainsi que je l'ai dit, j'ai l'intention, dans cet article, de montrer combien une même maladie peut varier dans sa figure symptomatique suivant le siége qu'elle occupe, et combien la considération du siége doit exercer d'influence sur le diagnostic. Je crois avoir prouvé que l'on n'est point fondé à séparer, *pathogéniquement parlant*, les viscéralgies des névralgies superficielles ; je crois ne pas avoir besoin de rappeler toutes les raisons, bien connues, qui démontrent que ces deux *variétés* appartiennent, au contraire, à une même affection, et que le tic douloureux est la névralgie de la face comme la gastralgie est la névralgie de l'estomac.

L'observation suivante montrera que, même dans l'état actuel de nos connaissances, une névralgie peut se présenter avec des caractères tels que le diagnostic soit environné de grandes difficultés, et puisse faire naître des dissentiments entre les praticiens les plus expérimentés.

OBS. Ire.—M. X., âgé de trente ans, a toujours été irascible, doué d'une grande impressionnabilité, d'un caractère inégal, qui le fait passer, facilement et sans motif, d'une gaieté expansive à une tristesse profonde. Sans avoir jamais été malade jusqu'en 1833, M. X. avait, néanmoins, souvent éprouvé des malaises généraux, des embarras de digestion, des maux de tête, etc. Les mauvaises dispositions physiques et morales se dissipaient quelquefois sous l'influence d'une distraction, telle qu'une promenade à cheval, un dîné de garçon, un voyage, etc.

En 1833, M. X. vint passer quelques mois à Paris et fréquenta assidûment le théâtre. Régulièrement alors au sortir de la salle de spectacle, il éprouva une dypsnée considérable qui se prolongeait ordinairement pendant toute la nuit et se terminait vers le matin, après l'expuition de quelques crachats offrant des stries noirâtres ou même complétement noires. Ces accidents cessèrent de se montrer aussitôt que M. X., étant retourné chez lui, eut cessé de passer ses soirées au théâtre.

En 1836, et, *suivant le malade, en l'absence de toute cause appréciable*, des douleurs vives se firent tout à coup sentir à l'épigastre et dans les hypochondres: plus violentes le matin, elles se calmaient dans la journée et *après les repas :* elles étaient accompagnées d'un grand malaise, de prostration, de dégoût pour les ali-

ments, de nausées. La bouche était pâteuse, amère, la langue couverte d'un enduit jaunâtre ; il n'y avait point de fièvre. Ces accidents se dissipèrent au bout de huit à dix jours, sans avoir été combattus par aucun traitement.

Vers le milieu de l'année, M. X. vint passer un mois à Paris, reprit ses habitudes de théâtre et éprouva de nouveau les symptômes qui s'étaient manifestés trois mois auparavant. Les accès de dypsnée n'avaient lieu que lorsque M. X. sortait d'une salle de spectacle, mais alors ils ne *manquaient jamais;* ils cessèrent aussitôt que M. X. eut quitté Paris pour retourner à la campagne qu'il habite ordinairement.

Vers la fin du mois de décembre 1836, M. X. fut pris d'un accès analogue à celui qu'il avait éprouvé au commencement de la même année, mais cette seconde attaque fut beaucoup plus violente et plus compliquée que la première.

Des douleurs violentes se manifestèrent brusquement dans la région épigastrique, dans les hypochondres et dans la région lombaire ; elles étaient accompagnées de vomissements de matières vertes, bilieuses. Grande prostration, peu d'altération des traits de la face, pas de fièvre. Au bout de 24 heures pendant lesquelles les vomissements avaient été presque continus, ceux-ci cessèrent, et alors les douleurs devinrent atroces ; les muscles de la poitrine et de l'abdomen étaient agités par des contractions spasmodiques, des convulsions. Pendant les moments d'exacerbation, M. X. était obligé *de faire des efforts d'expulsion comme une femme en travail* (bains tièdes, sangsues à l'épigastre, potions opiacées, cataplasmes laudanisés, emplâtre d'assa-fœtida). Tous les moyens employés étant restés sans effet, le médecin qui donnait des soins au malade craignit un empoisonnement, et prescrivit une grande quantité d'eau albumineuse qui resta également inefficace.

L'accès durait *depuis soixante heures;* on appliqua alors un énorme vésicatoire qui couvrait la région épigastrique et une partie de l'abdomen : *dix heures* après les douleurs se calmèrent et elles disparurent enfin dans les circonstances suivantes. M. X. a ordinairement des évacuations alvines très régulières; il va tous les jours, à la même heure, à la garderobe. Pendant son accès une constipation opiniâtre s'était déclarée et elle n'avait pu être vaincue par un grand nombre de lavements simples et purgatifs. Au bout *de soixante-douze heures*, pendant un moment de rémission dans les douleurs, des gaz s'échappèrent par l'anus et continuèrent à se faire jour, presque sans interruption, pendant une demi-journée : au fur et à mesure de leur expulsion les douleurs diminuèrent d'intensité, et enfin elles cessèrent complètement et brusquement, après une selle abondante de matières très dures. Le lendemain M. X. n'éprouvait plus qu'un peu de faiblesse, et pendant dix mois il jouit d'une bonne santé qui ne fut troublée que par quelques accès d'asthme, qui se manifestèrent, les uns sans aucune cause appréciable, les autres à la suite d'émotions morales vives.

En septembre 1837, M. X. eut un accès en tout semblable au précédent, si ce n'est qu'il n'eut point de vomissements. La durée de l'accès fut exactement la même : *soixante-douze heures;* la terminaison s'opéra dans les mêmes circonstances.

Pendant cette deuxième attaque, on appliqua, par la méthode endermique, 6 *à* 8 *grains d'acétate de morphine* sur l'épigastre et l'abdomen. A l'aide de la pommade de Gondret on dénudait une petite portion de derme et l'on y versait un demi-grain de sel de morphine. *Aussitôt* que celui-ci tombait sur le derme, *dans le même instant*, *à peine*, dit le malade, *le contact avait-il eu lieu* que les douleurs devenaient moins violentes, mais au bout de 3 ou 4 heures elles reprenaient toute leur intensité et l'on était obligé de recourir à une nouvelle application d'acétate de morphine.

De nouveaux accès eurent lieu en octobre 1838, en octobre 1839, en décembre 1840, en décembre 1841, et en février 1842. Tous présentèrent les caractères prin-

cipaux suivants. Au début, constriction au pharynx, sensation d'une boule qui monte et descend dans l'œsophage. Douleurs atroces, intolérables 'dans la région épigastrique, les hypochondres et les lombes; douleurs telles que le malade, homme d'une grande énergie morale, d'un courage éprouvé, poussait des cris horribles, se roulait par terre, déchirait ses draps avec les mains ou avec les dents: plusieurs fois l'excès de ses souffrances fit naître en lui des idées de suicide. Convulsions des muscles de la poitrine, de l'abdomen et des membres. Douleurs vives dans l'hypogastre, sentiment de constriction au col de la vessie, miction difficile, urines peu abondantes, rouges, épaisses, troubles. Constipation opiniâtre. La durée de tous les accès fut constamment la même: *soixante-douze heures.* La terminaison s'opéra toujours de la même manière: les douleurs diminuent au fur et à mesure que des gaz s'échappent par l'anus, et cessent après une selle copieuse.

Je ne mentionnerai point tous les moyens qui furent mis en usage pour combattre ces accidents: tous restèrent sans aucun effet; l'acétate de morphine procurait seul quelque soulagement: il fut employé dans chacun des accès et l'on fut obligé d'en augmenter progressivement la dose, de telle sorte que dans le dernier accès *cinquante grains* de ce sel furent appliqués par la méthode endermique.

M. X. vint à Paris au mois d'avril 1842 pour consulter. Il s'adressa à M. Récamier qui, d'après la nature des symptômes éprouvés et surtout en se fondant sur une circonstance que je n'ai point encore mentionnée, à savoir, que le père de M. X. est goutteux, M. Récamier diagnostiqua une *goutte stomacale:* il prescrivit l'eau froide *intus et extrà*, et un régime végétal.

M. X., désirant recueillir plusieurs avis, vit encore l'un des praticiens les plus distingués de Paris, professeur de la Faculté, lequel, sans connaître la consultation de M. Récamier, se prononça également pour une *goutte stomacale,* et prescrivit l'usage de l'eau de Vichy, et un régime lacté, végétal et délibitant.

M. X., ainsi qu'il me l'a dit depuis, fut jeté, par ces consultations, dans une très grande perplexité. Depuis longtemps il avait remarqué que le régime végétal ne lui convenait nullement; il ne pouvait digérer ni les petits pois ni plusieurs autres légumes; le régime maigre lui donnait immédiatement la diarrhée; les viandes rôties, au contraire, le vin de Bordeaux lui avaient toujours réussi. Comment, se disait M. X., puis-je espérer ma guérison ou même du soulagement, d'une hygiène qui a toujours eu pour résultat de me faire souffrir?

Ce fut alors que M. X. s'adressa à moi sans me dire que déjà il avait recueilli d'autres avis.

Dès les premiers mots que me dit M. X., je pensai que dans une maladie aussi longue, aussi compliquée, il était important de posséder exactement tous les détails, et, ne me fiant pas à ma mémoire pour les retenir tous, j'écrivis l'observation dont je viens de présenter le résumé.

Un examen attentif de la poitrine et de l'abdomen, l'ausculation, la percussion, la palpation, ne donnèrent que des signes négatifs.

Je diagnostiquai une *névralgie des nerfs des ganglions et des plexus abdominaux.* L'idée d'une *goutte stomacale* ne me vint même pas à l'esprit, je dois l'avouer, peu édifié que je suis d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit ailleurs avec M. Monneret, sur l'existence des *gouttes viscérales* (Voy. *Compendium de médecine pratique. Article goutte*).

Mon diagnostic fut basé sur certaines circonstances que je n'ai pas encore fait connaître, et sur des considérations que je vais également reproduire ici:

1° La mère de M. X. est hypochondriaque, très nerveuse; elle a été affectée de névralgies faciale et dentaire; elle a des migraines. M. X. ressemble d'une manière frappante à sa mère, tant au physique qu'au moral.

2° M. X. a eu souvent, antérieurement à son premier accès, des irrégularités de digestion : il n'a jamais pu manger des fraises : aussitôt que quelques-uns de ces fruits parviennent dans l'estomac, M. X. les rejette par des vomissements convulsifs, accompagnés de douleurs très violentes.

3° Les accès d'asthme qu'a éprouvés M. X. se sont souvent manifestés à la suite d'émotions morales vives.

4° Le régime tonique a souvent dissipé des troubles digestifs que fait naître, au contraire, le régime maigre.

5° La terminaison des accès est brusque, immédiatement complète.

6° La durée des accès est toujours exactement la même.

7° Un interrogatoire minutieux m'avait démontré que ces accès, au lieu de se manifester en l'absence de toute cause appréciable, comme le dit le malade, s'étaient au contraire montrés dans des circonstances dont l'influence ne saurait être douteuse. Ainsi les deux premiers accès, ceux de 1836, eurent lieu à la suite de vives contrariétés, d'émotions morales pénibles et profondes, de chagrins qui se prolongèrent pendant plusieurs mois. Les quatre accès suivants (septembre 1837, octobre 1838, octobre 1839 et décembre 1840) eurent lieu après des chasses pendant lesquelles M. X. éprouva de grandes fatigues, fit des marches forcées, des écarts de régime, prit ses repas à des heures très irrégulières, etc. Les deux derniers accès (septembre 1841 et février 1842) eurent lieu immédiatement après des émotions morales très vives.

8° Enfin l'action exercée par l'acétate de morphine employé suivant la méthode endermique me parut indiquer une lésion du système nerveux.

Je conseillai à M. X. de se soustraire, autant que possible, à toute émotion morale vive, d'éviter les fatigues, les marches trop longues, l'humidité ; de prendre ses repas d'une manière régulière ; de suivre un régime tonique (viandes rôties, vin de Bordeaux), de s'abstenir de lait, de féculents, de fruits crus et de ne manger que peu de légumes, de faire usage de préparations martiales et d'entretenir avec soin la liberté du ventre. Enfin, dans le cas où de nouveaux accès auraient lieu, je pensai qu'il fallait administrer, dès le début, des purgatifs huileux, appliquer par la méthode endermique de l'hydrochlorate de morphine par doses fractionnées, et même tenter les cautérisations transcurrentes dans le cas où les premiers moyens resteraient sans résultat.

Ce fut après avoir reçu ma consulation écrite que M. X. m'apprit qu'il avait déjà vu deux praticiens justement célèbres, et qu'il en avait reçu les avis que nous avons rapportés plus haut. M. X. me déclara en même temps que le traitement indiqué par moi, ne lui inspirant pas les mêmes craintes que l'eau froide et le régime maigre, il le suivrait exactement.

On conçoit l'embarras dans lequel me jeta la déclaration de M. X. et la grave responsabilité que sa résolution faisait peser sur moi. Je ne pouvais permettre que mon avis prévalût sur celui de deux praticiens expérimentés, et j'insistai pour une nouvelle consultation. M. X. voulut bien s'y soumettre et nous nous rendîmes chez M. Andral, auquel M. X. exposa son état, sans parler des opinions qui déjà avaient été émises. M. Andral porta le même diagnostic que moi, et prescrivit un traitement en tous points conforme à celui que j'avais indiqué.

Depuis neuf mois M. X. n'a pas éprouvé d'accès et il se trouve fort bien du régime qu'il suit.

Cette observation m'a paru offrir un grand intérêt. Elle est un exemple curieux de ces névralgies étendues à plusieurs organes, qui donnent lieu à des symptômes si bizarres et qui sont souvent si difficiles à reconnaître. L'estomac, les intestins, le foie, la vessie sont ici simultanément envahis.

Le premier accès névralgique, beaucoup moins intense que les suivants, présente la coïncidence sur laquelle a insisté M. Sandras, celle d'un embarras gas-

trique. Si, à cette époque, dès le début, on avait eu recours à l'émétique, aux évacuants, les accès suivants auraient-ils eu lieu?

Il est fort remarquable que, dans le premier accès, malgré l'état saburral des premières voies indiqué par l'amertume de la bouche, l'enduit jaunâtre de la langue, l'anorexie, les nausées, etc., les douleurs devenaient moins vives après les repas.

Cinquante grains d'acétate de morphine, nous avait dit M. X., furent appliqués par la méthode endermique dans un seul accès, c'est-à-dire dans l'espace de soixante-douze heures. On connaît facilement l'étonnement que me causa cette assertion; mais le fait me fut expliqué lorsque j'eus découvert que plusieurs doses de sel avaient été appliquées successivement sur le même vésicatoire: on sait, en effet, que l'absorption ne s'opère à la surface du derme dénudé que dans le premier moment de cette dénudation, et qu'elle cesse d'avoir lieu aussitôt qu'il s'établit un travail de suppuration ou de réparation.

En conseillant à M. X. l'usage de l'hydrochlorate de morphine, je l'engageai à ne pas s'en rapporter aux antécédents et à mettre la plus grande prudence dans le maniement de ce médicament.

Les viscéralgies peuvent se montrer brusquement, acquérir tout à coup une intensité extrême et donner lieu à des symptômes tellement graves qu'à leur vue le praticien croit avoir affaire à une maladie aiguë qui met la vie du malade dans un danger immédiat. Pour ne pas s'en laisser imposer par les troubles fonctionnels, il faut, dans les cas de ce genre, établir le diagnostic par voie d'exclusion; mais combien, pour en agir ainsi, il faut être sûr de soi! Qui oserait, en présence d'accidents formidables, repousser toute espèce de doute et demeurer convaincu qu'aucun signe n'a été méconnu, que tous ceux qu'a fait constater une exploration complète ont été sainement appréciés?

Obs. ii.—Madame N., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux, me fit appeler le 14 octobre 1836 pour des douleurs assez vives qu'elle éprouvait dans les muscles postérieurs du cou et dans ceux de l'épaule. Le pouls n'était point accéléré, la peau n'était ni chaude ni rouge; je conseillai simplement à la malade de garder le lit et de recouvrir les parties douloureuses avec du taffetas gommé.

L'état de la malade était resté stationnaire, lorsque le 25 octobre madame N. se plaignit tout à coup d'éprouver de violentes palpitations et une douleur très vive à la région précordiale, qu'augmentaient les mouvements respiratoires.

A l'examen de la poitrine je ne trouvai aucun signe ni de pneumonie ni de pleurésie: la matité, dans la région précordiale, ne dépassait point ses limites naturelles; les bruits normaux du cœur n'avaient subi aucune modification, ils ne paraissaient point être plus éloignés de l'oreille, l'impulsion n'était point affaiblie, aucun bruit anormal ne se faisait entendre. Le rhythme seul était troublé: par intervalles les battements du cœur devenaient, pendant quelques secondes, précipités, tumultueux, irréguliers.

Je n'attribuai aucune gravité à ses symptômes; je crus que les douleurs qu'éprouvait la malade, soit dans le cou et dans l'épaule, soit au niveau de la région du cœur, étaient de nature rhumatismale, et comme le pouls était plein et fréquent (85 pulsations par minute), je pratiquai une saignée du bras.

Le soir, aucune amélioration ne s'était manifestée. La douleur précordiale était au contraire beaucoup plus intense: la malade ne respirait qu'avec peine et incomplétement. L'examen de la poitrine fournit les mêmes signes (vingt sangsues sur la région du cœur).

Le 26, la douleur est un peu moins vive, mais les battements sont toujours, par intervalles, tumultueux, irréguliers.

Le 27, la douleur a repris son intensité première (cataplasme laudanisé).

Le 28, vers minuit, on vint me chercher en toute hâte, madame N. ayant été

prise tout à coup d'une suffocation horrible. Elle ne pouvait plus respirer, et peut-être, me disait-on, aurait-elle cessé de vivre à mon arrivée. Je trouvai en effet la malade dans un état qui paraissait être désespéré. Elle était assise dans son lit, le corps penché en avant; ses mains serraient convulsivement les couvertures du lit; la face était anxieuse, profondément altérée, cyanosée; les lèvres étaient gonflées et violettes; les yeux hagards et saillants hors des orbites; toutes les veines superficielles, principalement celles du cou, étaient fortement distendues. La malade avait fait ouvrir toutes les fenêtres de sa chambre et s'écriait d'une voix faible et entrecoupée *de l'air! de l'air!* La respiration était saccadée, sifflante; les battements du cœur, irrégulièrement intermittents, restaient quelquefois complètement suspendus pendant 8, 10, 15 et même 20 secondes. Le pouls était filiforme, la peau froide.

A l'aspect de cet ensemble effrayant de symptômes, je perdis toute la confiance que m'avaient donnée les résultats fournis par l'exploration de la poitrine. Je me hâtai d'envoyer chercher M. Louis qui eut l'obligeance de se rendre immédiatement auprès de la malade. Il était deux heures du matin.

M. Louis percuta et ausculta la poitrine avec le soin et l'habileté qu'on lui connaît et j'attendais avec anxiété, je l'avoue, le jugement qu'il porterait. M. Louis déclara que, les troubles fonctionnels exceptés, il n'existait aucun signe d'une affection du cœur, du poumon ou de la plèvre. Ayant alors appris par moi, que, quinze jours avant d'éprouver les premiers symptômes de sa maladie, madame N. avait rendu un ascaride lombricoïde, M. Louis pensa que les symptômes actuels pouvaient être produits par la présence d'autres entozoaires, et il prescrivit une once d'huile de ricin et de la gelée de mousse de Corse.

La vue de sa famille en pleurs, la présence de M. Louis avaient fortement ému madame N: aussitôt après le départ de ce médecin, la malade raidit ses membres qui furent agités par quelques convulsions cloniques, et se mit à pleurer avec sanglots. Les larmes coulèrent avec abondance pendant près d'une demi-heure sans que madame N. pût leur assigner une autre cause que le *besoin de pleurer*. Au bout de ce temps, les battements du cœur redevinrent réguliers, la circulation et la respiration se rétablirent, et la malade s'endormit.

Le 29 au matin, la malade est revenue à l'état du 27, qui persiste encore pendant la journée du 30. Les vermifuges n'amènent l'expulsion d'aucun entozoaire.

Le 1er novembre, j'eus recours à une médication qui, depuis deux jours déjà, me paraissait indiquée, mais dont j'avais retardé l'emploi pour observer l'effet de la médication vermifuge.

La malade prit un bain tiède de deux heures, un vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale, pansé avec 17 milligrammes d'hydrochlorate de morphine, et je prescrivis la potion suivante: R. eau de laitue 120 grammes, eau de fleurs d'oranger, 4 grammes; teinture éthér. de digit. pourprée, 10 grammes; teinture de musc., 15 gouttes; sirop de valériane, 45 grammes.

Ce traitement continué pendant plusieurs jours eut un heureux résultat: tous les symptômes diminuèrent peu à peu, et le 6 novembre ils disparurent complètement. Madame N. conserva seulement pendant quelque temps une susceptibilité nerveuse extrême; une porte fermée brusquement, le plus léger bruit inattendu, ramenaient les palpitations; la plus légère contrariété provoquait des larmes.

Ce fait est un exemple remarquable *d'ataxodynamie* du cœur et présente tous les caractères que M. Bouillaud a attribués aux palpitations nerveuses « qui apparaissent sous les mêmes influences que ces douleurs vagues ou ambulantes que l'on connaît sous le nom de rhumatismes. » Ces palpitations, dit M. Bouillaud, coexistent assez souvent avec une douleur dans la région précordiale, s'irradiant ou non vers le membre supérieur gauche; elles coïncident parfois avec des intermittences du pouls, et causent habituellement une inquiétude extraordinaire

aux sujets qui en sont tourmentés. (*Traité clinique des maladies du cœur*, tom. II, page 486.)

« Le diagnostic de ces palpitations nerveuses, continue M. Bouillaud, est un sujet digne de l'attention de tous les vrais praticiens ...... il ne faut pas les confondre avec celles qui ont lieu avec la péricardite ou l'endocardite rhumatismales ..... Je partage l'opinion de Laennec sur la nature névralgique de ces douleurs, qui me semblent résider dans les nerfs phréniques et intercostaux. Je ne prétends pas d'ailleurs que les nerfs du cœur eux-mêmes ne puissent participer à la lésion des nerfs respirateurs : je pense seulement que cette lésion se révèle alors par des troubles dans les mouvements du cœur accompagnés de ce malaise intérieur indéfinissable qui précède souvent les défaillances. L'affection névralgique peut se propager aux nerfs qui s'anastomosent avec le nerf phrénique et les intercostaux, tels que le pneumo-gastrique, les plexus brachial et cervical, etc. »

Dans le cas qui nous occupe, la préexistence des douleurs du cou et de l'épaule pouvaient faire craindre que les troubles fonctionnels du cœur ne fussent le résultat d'une péricardite rhumatismale : les signes négatifs fournis par la percussion et par l'auscultation m'avaient fait repousser ce diagnostic, mais on a vu que la gravité des symptômes avait fini par ébranler ma conviction.

A ne considérer que l'accès du 28 octobre, on pourrait ne voir dans cet ensemble de symptômes qu'une attaque hystérique, mais cette opinion tombe devant la marche de la maladie, et devant les phénomènes qu'a présentés ultérieurement madame N. En effet, depuis six ans cette malade a été prise trois ou quatre fois par an d'affections névralgiques qui ont occupé alternativement différents siéges, et qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature des premiers symptômes.

L'action heureuse exercée par l'émotion morale, qui a mis fin à l'accès névralgique, est encore une circonstance remarquable de cette observation.

J'ai dit que depuis six ans madame N. a souvent été affectée de névralgies : sans rapporter avec détails les différentes attaques qu'elle a subies, je dois mentionner une circonstance importante sous le double point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique.

Madame N. est prise d'une névralgie fémoro-poplitée : on applique un vésicatoire qu'on panse avec de l'hydrochlorate de morphine, au niveau de l'échancrure sciatique : la névralgie se déplace, et la malade présente tous les symptômes de la gastralgie ; on applique un vésicatoire sur l'estomac : les symptômes gastriques disparaissent et la malade offre, à un moindre degré, parce que la médication endermique est employée immédiatement, les troubles fonctionnels du cœur qui ont été décrits plus haut : du cœur la névralgie se porte à la face, elle ne disparaît définitivement qu'après avoir occupé ainsi successivement trois, quatre ou cinq siéges différents.

Ces faits démontrent manifestement l'identité de nature qui existe entre les névralgies superficielles et les viscéralgies ; ils apprennent que lorsque l'on oppose la méthode endermique aux névralgies, il faut se rappeler le précepte sur lequel M. Jobert insiste avec tant de raison.

« Lorsque la douleur disparaît d'un point pour se porter dans un autre, dit ce chirurgien, elle doit être poursuivie dans sa nouvelle place. Ce n'est qu'après des applications répétées de vésicatoires que l'on voit la maladie disparaître définitivement. » (Jobert (de Lamballe), *Etudes sur le système nerveux*, Paris, 1838, tom. II, page 651.)

De la compression dans le cas d'hydrocéphalie chronique; *par* A. Trousseau, *professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, service des enfants.*

Je ne veux pas nier l'utilité de la compression du crâne dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique des enfants du premier âge, et quoique l'histoire que je vais raconter ne soit pas très encourageante, cependant je n'hésiterais pas à conseiller encore le même moyen, si un cas semblable se présentait à mon observation. Je le ferais, parce que des praticiens recommandables ont réussi, parce que, chaque année, les recueils scientifiques contiennent des faits de guérison irrécusables.

Quand l'hydrocéphalie est avancée, quand elle a une marche rapide, et que la grande disjonction des sutures du crâne doit faire supposer que l'épanchement ventriculaire est considérable, le mal fait des progrès d'autant plus alarmants que déjà l'hydropisie est plus abondante. Nous savons trop combien est grave la maladie, nous savons trop que, si nous restons inactifs, et, disons-le, quelque énergique que puisse être notre médication, nous perdons presque tous les enfants hydrocéphaliques. Ou tout au moins, si le hasard veut que la sécrétion séreuse diminue et se résorbe, les malades restent-ils imbéciles de corps et d'esprit et demeurent-ils exposés aux affections convulsives ou aux phlegmasies du cerveau et de ses membranes.

L'efficacité de la compression dans beaucoup d'épanchements séreux, la facilité avec laquelle se forment les grands épanchements dans les vastes cavités cellulaires à parois molles, comme le péritoine, la tunique vaginale, comparée avec la difficulté plus grande de la sécrétion morbide dans des cavités séreuses plus résistantes comme les articulations, les plèvres, le péricarde, le cerveau chez les adultes, ont dû induire les médecins à penser que, en luttant à l'aide d'un appareil contentif contre la diduction des os du crâne, on pourrait, par cette résistance toute passive, remplacer en quelque sorte l'inflexibilité de la boîte osseuse, et s'opposer un peu aux hydropisies des cavités ventriculaires.

C'est dans ce but qu'on a imaginé les lames minces de caoutchouc, les lanières en tissu élastique, les calottes agglutinatives; et surtout les simples bandelettes de diachylon, qui, taillées à une longueur capable de faire deux ou trois fois le tour de la tête, présentent à la fois les conditions d'une application facile et celles d'une grande solidité. Que si, comme cela se pratique, on a soin de faire passer aussi des bandes de sparadrap qui vont d'avant en arrière et d'un côté à l'autre en constituant une véritable calotte, on comprendra qu'il en doive résulter un appareil très convenable et très facile.

Mais la matière de l'emplâtre n'est pas elle-même sans action; chacun sait que la litharge et les gommes fétides font la base du diachylon, et je suis persuadé que ces ingrédiens ne sont pas inutiles dans le traitement d'un épanchement qui, bien probablement, reconnaît pour cause un état d'irritation des membranes sécrétoires.

Le mot *compression* n'est peut-être pas exact dans le cas qui nous occupe. L'appareil est bien plutôt contentif que compressif. Il ne devient compressif que si l'épanchement fait des progrès pendant que les bandelettes sont appliquées. Il est d'autant plus essentiel de bien s'entendre sur ce point, que quelques médecins ont été effrayés du moyen parce qu'ils l'ont mal compris. Ils voyaient en effet que, chez certains enfants hydrocéphaliques, il y avait une sorte d'assoupissement lorsque l'on venait à déprimer les fontanelles; ils en concluaient que le bandage ne manquerait pas de produire un effet du même genre, et ils n'envisageaient pas sans épouvante les conséquences d'un état comateux permanent.

A ce point de vue, ils avaient raison; il ne s'agit donc pas, ainsi que je l'ai dit, de compression, mais bien de simple contention, et dès lors tout danger disparaît, à moins que l'épanchement, venant à faire des progrès rapides, sous l'influence d'une cause ou d'une autre, il ne survienne une compression très énergique capable de produire des accidents du genre de celui dont je viens de parler, ou tel que celui que j'indiquerai tout à l'heure.

Il y a donc, dans l'application du bandage, dans sa conservation, quelques précautions à prendre que je veux indiquer sommairement.

Mode d'application du bandage. — On taille des bandelettes de sparadrap de diachylon, de 8 à 10 millimètres de largeur (à peu près 4 lignes ancienne mesure). Les cheveux ayant été préalablement coupés aussi ras que possible, on colle une première bandelette de l'apophyse mastoïde, d'un côté, à la partie externe de l'orbite du côté opposé: on fait de même à gauche, si l'on avait commencé par le derrière de l'oreille droite; puis on met une troisième bandelette, de la racine des cheveux en arrière jusqu'à la racine du nez, en suivant la suture longitudinale; puis on recouvre ainsi successivement toute la tête de telle manière que les bandelettes se croisent vers le sommet. Telle est la première partie du bandage. La seconde consiste en une bandelette assez longue pour faire trois fois le tour de la tête; on fait passer le premier tour au-dessus des sourcils, des deux oreilles et un peu au-dessous de la saillie de l'occipital; de telle manière que toutes les extrémités des autres bandelettes dépassent la bande circulaire, de 5 à 6 millimètres au moins. Alors on replie toutes les bandelettes du premier appareil sur la bandelette circulaire, et celle-ci étant encore ramenée une fois ou deux autour de la tête, recouvre l'extrémité inégale des chefs des premières bandes, et achève la régularité du bandage.

Comme on le voit, cet appareil est aussi simple que solide; il peut lutter avec avantage contre l'écartement des os que produit l'épanchement.

Comme on ne comprime pas, il n'y a jamais, il ne peut y avoir d'accidents; mais si l'épanchement s'accroît rapidement, ce qui n'est pas commun, on peut voir survenir des symptômes de compression, et alors il convient d'appliquer un nouvel appareil; que si nonobstant ces accidents, on persiste à maintenir les bandelettes, il peut en résulter une diduction des os de la base du crâne et la mort.

Le fait que je vais raconter en fournit la triste preuve.

M. le docteur Bernardin me fit l'honneur de m'appeler en consultation pour voir un enfant hydrocéphalique, âgé de six mois à peu près; les moyens les plus judicieux employés jusqu'ici n'avaient amené aucun résultat favorable, les sutures étaient considérablement écartées; le front, l'occipital, les deux pariétaux étaient repoussés; la tête avait le volume de celle d'un enfant de dix ans.

Nous agitâmes ensemble la question de l'application d'un bandage analogue à celui que j'ai décrit tout à l'heure, et il fut mis le lendemain.

Tout alla bien pendant plus de deux mois; mais, sous l'influence du molimen fluxionnaire des dents, l'épanchement s'accrut rapidement, et le bandage fut changé. Les parents étaient prévenus, ils devaient avertir le médecin s'ils voyaient des accidents nerveux. Il survint de l'assoupissement qui ne les préoccupa pas autant que cela devait le faire; et quelques jours plus tard, tout à coup, il s'écoula par les narines un flot de sérosité limpide, la tête s'affaissa subitement, et l'enfant mourut incontinent.

Évidemment, la résistance opposée par les bandelettes contre la diduction des os de la tête, avait permis au liquide épanché d'agir exclusivement sur la base du crâne, et la disjonction de l'ethmoïde avait permis que l'épanchement se fît jour au dehors.

Cet accident aurait été évité, si l'incurie des parents n'avait pas empêché le médecin d'enlever l'appareil devenu désormais trop étroit, pour en appliquer un plus large.

Note sur l'anémie d'Anzin, *par* L. Tanquerel des Planches.

Au commencement de ce siècle, Hallé attira l'attention des médecins sur une forme particulière d'anémie, dont sont spécialement atteints les ouvriers qui travaillent dans les mines de charbon de terre d'Anzin. Ces recherches doivent être considérées comme le point de départ des nombreux travaux entrepris ultérieurement dans le but d'éclairer l'histoire générale de l'*anémie*, dont la plupart des variétés étaient à peine connues des pathologistes, qui ne s'étaient guères occupés que de la *chlorose*, c'est-à-dire de la forme idiopathique ou essentielle de cette maladie.

Le travail de Hallé, fort remarquable sous un grand nombre de rapports, frappa vivement les médecins ses contemporains. Aussi, dès lors, dans les dictionnaires de médecine et dans les traités de pathologie on ne manqua pas de consacrer à l'anémie un article, dont le mémoire de Hallé et l'exposition de quelques caractères assignés par Lieutaud à l'anémie considérée du point de vue le plus général, formaient presque tout le fonds.

Pendant un grand nombre d'années, trente environ, on n'étudia pas d'autres espèces d'anémie.

L'étude des bruits morbides des artères, à l'aide de l'auscultation, la constatation des altérations des liquides par l'analyse chimique et microscopique, poursuivies avec ardeur de nos jours, ont singulièrement éclairé le diagnostic de l'anémie, qui, dès lors, a pu être étudiée à tous les degrés, à toutes les périodes, et dans toutes ses variétés. Dès ce moment aussi, causes, symptômes, lésions des solides, modifications de composition des fluides, traitement, tous les points de l'histoire de l'anémie ont été l'objet d'investigations intéressantes, qui ont tourné au profit de la science et de la pratique.

En effet, chaque jour dans la pratique civile comme dans les hôpitaux, on rencontre les diverses espèces d'anémie que l'observation clinique a introduites récemment dans le cadre nosologique, et dont les phénomènes caractéristiques étaient encore considérés naguères comme les symptômes de quelques phlegmasies chroniques, de certaines dégénérescences organiques, de l'aménorrhée, de maladies nerveuses, etc., et consignés comme tels dans les meilleurs recueils d'observations de notre époque. Un traitement en rapport avec ces opinions était prescrit, lequel, loin d'améliorer l'état des malades, l'aggravait le plus souvent.

La cause de ces accidents pathologiques, qui consiste dans cette espèce d'appauvrissement du sang caractérisé par la diminution du nombre des globules qui, normalement, entrent dans la composition de ce liquide, étant connue, on a cherché les moyens de combattre la cause pour faire cesser les effets, d'après ce vieil adage: *sublatâ causâ, tollitur effectus*. Alors les toniques, et principalement les ferrugineux, ont reparu dans nos prescriptions journalières, après avoir été presque complètement bannis de l'arsenal thérapeutique pendant une vingtaine d'années, par suite de l'influence d'une doctrine médicale célèbre.

Toutefois, malgré les acquisitions nombreuses que l'histoire de l'anémie a faites dans ces derniers temps, on est obligé de reconnaître que plusieurs de ses variétés exigent encore de nouvelles recherches, faites avec tout le soin que comportent les observations recueillies à notre époque.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'anémie primitive chez un ouvrier des mines de charbon de terre d'Anzin, j'ai eu la pensée de le publier dans l'espérance qu'il pourrait n'être pas inutile pour éclairer quelques points de l'histoire de cette variété d'anémie, dont on ne s'est point occupé depuis Hallé. Cette circonstance me fournira l'occasion de comparer le fait que je livre à la publicité avec ceux

rapportés par ce savant professeur, et par conséquent de contrôler l'observation d'autrefois par l'observation d'aujourd'hui.

L. M., âgé de 20 ans, né à Saulzoir, département du Nord, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à 13 ans. A cette époque il fut atteint d'une éruption cutanée des membres supérieurs et inférieurs avec fièvre. Un an plus tard quelques furoncles se montrèrent sur les fesses à plusieurs reprises.

Depuis l'âge de 9 ans, il travaillait à la laine dans son pays, dont le sol est généralement assez sec et plat. Sa nourriture était bonne et en quantité suffisante.

Mais à peine âgé de 14 ans on l'envoya travailler dans les mines de charbon de terre d'Anzin ; il y resta jusqu'à 19 ans et 2 mois. Au moment d'entrer dans ces mines il n'éprouvait pas le plus léger malaise, sa constitution se développait avec facilité, et on le regardait comme très fort pour son âge.

L. M. travailla d'abord dans l'intérieur des galeries à l'extraction, puis au transport des charbons.

Les galeries principales ont une demi-lieue d'étendue et 1200 pieds environ de profondeur. Parmi les ouvriers les uns y descendent à 4 heures du matin et y restent jusqu'à 2 heures après midi ; d'autres y travaillent depuis 2 heures jusqu'à minuit. Durant ce séjour dans les souterrains, les ouvriers y mangent peu, et boivent de l'eau potable qu'ils descendent avec eux.

L. M. était mineur depuis 6 ans, lorsqu'il commença à ressentir une faiblesse générale, et quelques palpitations qui allèrent toujours en augmentant, mais d'une manière lente ; et cependant son travail n'était pas devenu plus fatigant, il se nourrissait bien, ne faisait d'excès en aucun genre, n'avait pas de chagrin ; en outre, il avait acquis une stature assez élevée, et un embonpoint notable. Plus tard des douleurs de tête se déclarèrent ; des désirs vénériens, coïncidant avec de fréquentes pollutions nocturnes, s'ajoutèrent aux accidents précédents. Alors cet homme quitta les mines d'Anzin pour aller travailler aux mines de charbon de terre de Bourinoche (Belgique) ; après un séjour de quelques mois dans cette houillère, voyant son mal s'aggraver, il en partit et vint à Paris pour se faire traiter de son affection, et pour prendre un autre état ; car, attribuant ses souffrances à sa profession, il résolut d'en changer.

Des saignées générales et locales, des sinapismes, des purgatifs, des vomitifs, des antispasmodiques, des pommades révulsives, le sulfate de quinine, furent employés pendant 2 mois par divers médecins sans aucun succès. Alors le malade se décida à entrer à la Charité ; il fut placé dans le service de M. Andral ; voici l'état dans lequel nous le trouvâmes au moment de son arrivée à l'hôpital.

Etat actuel.—Taille de 5 pieds 4 pouces : système musculaire largement développé ; toutefois les membres et le tronc sont recouverts d'une quantité assez notable de graisse ; aussi remarque-t-on que ces parties ont une forme arrondie comme chez les femmes replètes ; les organes génitaux n'ont pas acquis de développement considérable ; leur système pileux manque presque complètement. A peine existe-t-il un léger duvet incolore sur le menton et la lèvre supérieure, quoique la figure ait de larges proportions et des traits bien dessinés. Les cheveux sont noirs et abondants.

Toute la surface cutanée présente une grande pâleur nuancée d'un léger reflet jaunâtre ; cette teinte ressemble tout à fait à la couleur de la cire blanche, encore un peu jaune lorsqu'elle n'est pas complètement épurée ; la peau paraît aussi comme demi-transparente.

Les conjonctives offrent une décoloration d'un blanc mat très marqué, qui se marie avec une légère teinte bleuâtre.

La muqueuse, qui revêt les lèvres, les gencives, la langue, la voûte palatine, la face interne des joues, nous frappe par sa teinte pâle, sa blancheur extrême ; on n'y rencontre aucun vestige de vaisseaux.

Nous recherchons avec le plus grand soin quelques traces d'œdème ; nous n'en trouvons nulle part.

Le pouls est dur, serré, très facile à déprimer, régulier et fréquent. On compte 84 pulsations par minute.

L'auscultation fait reconnaître un bruit de ronflement continu dans la carotide droite, tandis que dans la carotide gauche un bruit de souffle simple ou intermittent est seulement perçu.

Un bruit de souffle s'entend pendant le premier temps dans toute la région précordiale ; toutefois il est plus marqué au-dessus et en dedans du mamelon que partout ailleurs : le second bruit du cœur est un peu sourd.

La région précordiale percutée donne un son mat dans une surface de 2 pouces carrés. La matité de cette région n'est pas plus prononcée qu'elle ne doit l'être dans l'état physiologique.

L'application de la main ne fait reconnaître ni battements énergiques, ni frémissement cataire. Le malade se plaint de palpitations très vives revenant par accès, qui se manifestent quelquefois spontanément, et qui le plus souvent sont ramenées par un mouvement brusque, la marche des impressions morales subites, telles que contrariété, surprise, etc.

Les traits de la physionomie n'ont aucune animation ; ils dénotent un état de langueur des plus marqués.

Le malade accuse une grande faiblesse générale ; il éprouve de la répugnance pour le moindre mouvement, etc. ; il est couché nonchalamment dans son lit. Cet état contraste avec le développement considérable des muscles, l'ampleur des cavités thoraciques et abdominales, ainsi qu'avec le volume des membres. Lorsqu'il veut se lever et faire quelques pas, il lui arrive le plus souvent de ressentir tout à coup des étourdissements, des bourdonnements, des sifflements d'oreille, de la dyspnée, des palpitations, des nausées, de perdre en partie connaissance et d'être couvert de sueur.

Le côté gauche de la tête est le siége d'une douleur vive, opiniâtre, revenant sous forme d'accès violents, principalement au milieu de la journée. Ces accès sont caractérisés par des battements très énergiques dans la tempe, le front et le haut de la tête ; ils ont leur point de départ à l'angle interne de l'œil, d'où ils s'irradient dans ces diverses parties. Au moment des accès, le décubitus dorsal, l'action de marcher, de parler, ajoutent encore à la violence de la douleur ; aussi le malade est-il obligé de se tenir assis la tête entre ses mains, et de rester dans cette position complètement immobile. La douleur n'a jamais suivi le trajet des cordons nerveux de la cinquième paire de nerfs encéphaliques ; actuellement elle n'entoure point l'orbite, ne descend pas vers le nez, les joues, et ne pénètre nullement dans l'oreille.

Plusieurs de ces accès de céphalée se répètent brusquement dans l'après-midi à intervalles inégaux, et cessent de se reproduire à l'approche de la nuit. Chacun d'eux a une durée variable, depuis quelques minutes jusqu'à une heure. Pendant les moments de rémission, le malade perçoit un sentiment de constriction notable dans ces parties tout à l'heure si douloureuses. Au début de l'affection les accès de céphalée commençaient à se manifester dès le matin, étaient plus prononcés vers midi, et diminuaient considérablement vers la fin du jour pour cesser la nuit.

Du reste, il n'y a aucune coïncidence entre les accès de céphalée et ceux des palpitations. Le malade a conservé toute l'étendue de son intelligence ; mais il est désespéré de souffrir depuis si longtemps.

Nous avons déjà parlé des accès de dyspnée, qui reviennent avec les palpitations, surtout lorsque le malade fait quelque mouvement ou veut marcher. Ce phénomène morbide est le seul désordre que l'on constate du côté de l'ap-

pareil respiratoire. L'absence de toux et d'expectoration, la bonne conformation de la poitrine, sa sonorité, la netteté du murmure vésiculaire perçu par l'auscultation ne nous laissent aucun doute à cet égard.

Les urines, dont la quantité ne surpasse pas celle des boissons ingérées dans l'estomac, sont limpides, transparentes, et offrent une teinte remarquable par un léger reflet vert-pré. Traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles ne donnent lieu à aucun précipité; elles rougissent faiblement le papier de tournesol, leur pesanteur spécifique est de 1010. Du reste, leur émission s'accomplit avec facilité, et on ne constate pas le plus léger sentiment douloureux le long de l'appareil urinaire.

Les organes génitaux ont acquis une excitation prononcée; la nuit de fréquentes érections, suivies de pollutions, ont lieu; elles fatiguent beaucoup le malade et troublent son sommeil. Ces évacuations nocturnes se répètent plusieurs fois chaque semaine.

A tous les moments de la journée, mais surtout la nuit, des sueurs abondantes recouvrent la peau du tronc et des membres; elles ne sont ni précédées, ni accompagnées, ni suivies, soit de frissons, soit de chaleur; le thermomètre centigrade placé dans l'aisselle marque 38°, la température de la salle étant à 12°.

L'appétit est notablement diminué. Une soif assez vive, accompagnée d'une sensation de sécheresse de la bouche, existe depuis quelque temps. Un enduit blanchâtre fort mince recouvre la base de la langue; la digestion s'accomplit d'une manière régulière. Des gaz sortent souvent par l'anus; quelquefois aussi des borborygmes se forment dans différentes parties de la cavité abdominale. Le ventre a acquis un volume un peu plus considérable que celui de l'état de santé, et il est très sonore; chaque jour une évacuation alvine a lieu; les matières sont moulées et jaunâtres.

On ne rencontre rien d'anormal ni du côté de l'appareil biliaire, ni du côté de la rate.

Pendant trois jours consécutifs aucun traitement n'est prescrit, afin de pouvoir apprécier l'influence du repos et du régime d'hôpital sur l'état du malade. Les accidents, au lieu de diminuer, vont en augmentant. Alors M. Andral prescrit 4 décigrammes de lactate de fer en pastilles, à prendre chaque jour, ainsi que 2 portions d'aliments et du vin.

Le 1er, le 2e, le 3e, le 4e, le 5e jour du traitement on ne constate aucun changement bien marqué.

Mais à partir du 6e jour de l'administration du lactate de fer, on remarque une amélioration notable, caractérisée principalement par un sentiment de force inusité, par moins de dyspnée, de palpitations, et plus d'appétit.

Le 6e jour de traitement, le bruit de diable et le bruit de souffle cardiaque diminuent, les veines se marquent un peu, la sécrétion sudorale devient moins abondante, le ventre s'affaisse et s'assouplit, les borborygmes et les excrétions gazeuses cessent.

Le 7e et le 8e jour on remarque une légère teinte rose pâle de la figure, et un peu plus d'animation des traits du visage. Quelques vaisseaux se dessinent sur les conjonctives et sur la muqueuse buccale.

Le 12e jour, l'appétit se prononçant de plus en plus, on donne 4 portions d'aliments, et on augmente de 2 décigrammes la dose de lactate de fer prise chaque jour.

Le 15e jour, les forces reviennent rapidement; de nombreux vaisseaux se dessinent sur les muqueuses palpébrale et buccale; les joues, la peau du tronc et des membres se colorent; la figure prend un aspect plus animé; l'appétit augmente toujours; les urines deviennent plus foncées en couleur; elles pèsent actuellement 1016; le pouls est plus ample, moins facile à déprimer, et ne bat

que 68 fois par minute; les bruits des artères perdent de plus en plus de leur éclat; le bruit de souffle continu de la carotide gauche est transformé en bruit de souffle simple, ou intermittent; le bruit de souffle de la région précordiale est difficilement entendu; les accès de dyspnée, de palpitations et de céphalée existent à peine; le malade marche, se promène, travaille dans les salles; les pollutions nocturnes deviennent fort rares, et les désirs vénériens se répètent moins souvent.

Le 25e jour, le rétablissement de la santé est complet. Un examen très attentif de tous les appareils ne fait découvrir aucune lésion organique, ni aucun trouble fonctionnel. L. M. a recouvré ses forces, ainsi que la coloration normale de sa peau et de ses muqueuses, son appétit, la liberté de sa respiration ; les bruits morbides du cœur, des artères, les palpitations, les accès de céphalée, les pollutions nocturnes, les sueurs ont cessé.

Cette observation est remarquable par la réunion de presque tous les accidents caractéristiques de l'anémie idiopathique, essentielle, ou chlorose, que l'on rencontre si souvent chez les femmes et principalement chez les jeunes filles. Ce malade avait des formes féminines; ses organes génitaux n'étaient pas complètement développés, il n'avait pas de barbe. Si on lui avait mis un vêtement de femme, ou si on n'avait vu que sa figure et ses bras, on eût cru reconnaître un cas de chlorose féminine.

L'anémie idiopathique, primitive, c'est-à-dire celle qui ne se trouve point liée à une altération organique, s'observe rarement chez l'homme; l'incertitude qui régnait dans la science sur la possibilité du développement de la chlorose, ou de l'anémie idiopathique, chez l'homme, m'engagea en 1838 à publier un mémoire sur ce point important de l'histoire de l'anémie (*Revue médicale*, et *Presse médicale*, t. I).

Depuis cette publication, des recherches d'une grande importance ont été faites sur les altérations humorales et sur les caractères symptomatiques des diverses variétés de l'anémie ; tous ces travaux ont contribué à faire admettre dans le cadre nosologique une variété d'anémie idiopathique, ou essentielle, chez l'homme, absolument semblable à celle qui se développe chez la femme, et qui porte le nom de chlorose.

L'anémie de notre malade ne peut être attribuée à aucune altération organique appréciable. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, les organes et les fonctions des diverses appareils de l'économie ont été l'objet d'un examen très attentif, souvent répété, qui n'a fait découvrir aucune lésion de texture que l'on pût considérer comme cause de l'anémie. Ajoutons que le traitement par les ferrugineux, qui a été suivi si rapidement de la cessation de tous les accidents, vient encore éloigner de l'idée l'existence d'une anémie symptomatique de quelque affection locale.

Nous ne laisserons pas échapper l'occasion de faire remarquer que chez ce malade, les pollutions nocturnes, qui le fatiguaient par leur fréquence avant l'administration des ferrugineux, auraient pu facilement être prises pour la cause de l'anémie. Cependant, en tenant compte de l'époque à laquelle elles ont apparu pour la première fois et de leur disparition complète sous l'influence des toniques, on demeure convaincu que ces pertes séminales étaient l'effet et non la cause de l'affaiblissement général de l'économie.

Enfin ce jeune homme se portait parfaitement bien jusqu'au moment où il alla travailler dans les mines de charbon de terre d'Anzin. Malgré sa vie régulière, la nourriture convenable dont il faisait usage, et l'absence d'émotions morales vives, il contracta dans cette mine l'anémie dont nous l'avons vu atteint; il est donc impossible de ne pas établir ici un rapport de cause à effet entre ces deux circonstances, le développement de l'anémie et le séjour dans des souterrains

humides, privés de soleil et de lumière. Cette relation de cause à effet va paraître encore plus fondée, plus évidente, par l'analyse des faits consignés dans le travail de Hallé, sur l'anémie que contractent les ouvriers des mines de charbon de terre d'Anzin.

Résumé de la description de Hallé : « Décoloration universelle, aucune ramification des vaisseaux capillaires; teinte jaune de la peau, pareille à celle que présente la cire blanche quand elle a été longtemps gardée ; bouffissure ; impossibilité de marcher sans suffoquer ; palpitations; sueurs habituelles; accélération du pouls; céphalée ; appétit conservé, ou même augmenté, bonnes digestions, souvent selles demi-liquides, brunes, jaunes ou vertes. »

Tous ces accidents observés par Hallé, nous les avons rencontrés chez notre malade. Quant aux autres symptômes de l'anémie, tels que les bruits dans les artères et le cœur, Hallé ne pouvait les mentionner, puisqu'à cette époque l'auscultation n'avait point encore été découverte.

La plupart des auteurs, qui ont donné dans les recueils scientifiques, dictionnaires, etc., l'analyse du mémoire de Hallé, font entrer parmi les symptômes de l'anémie d'Anzin des accidents graves du côté des voies digestives, tels que : « coliques violentes, douleurs d'entrailles et d'estomac, météorisme du ventre, déjections noires ou vertes. »

Hallé n'a pas constaté lui-même de pareils phénomènes morbides chez les mineurs atteints d'anémie, qui furent soumis à son examen. Le médecin d'Anzin, qui avait donné les premiers soins aux malades, déclare dans son rapport adressé à l'école de médecine de Paris que ces symptômes, qui duraient 10 à 12 jours, étaient les phénomènes prodromiques de l'anémie.

Si ces troubles fonctionnels gastro-intestinaux avaient été l'un des éléments de la maladie, connue sous le nom d'anémie d'Anzin, il est probable qu'ils auraient persisté presque aussi longtemps que les autres symptômes, et que Hallé les aurait observés à Paris. Ajoutons aussi que les purgatifs, les excitants toniques, et l'acide muriatique oxigéné étendu d'eau, qui furent prescrits à Anzin pour combattre les premiers symptômes de la maladie, avaient peut-être contribué à engendrer cette série de phénomènes morbides ; il paraît aussi que les ouvriers qui éprouvaient ces accidents avaient bu de l'eau qui filtrait au travers des conduits de houille et qui contenait de l'hydrogène sulfuré. Cette circonstance pourrait encore rendre compte des *coliques violentes, des douleurs d'entrailles et d'estomac, du météorisme et de la diarrhée* dont ils furent atteints. Notre malade n'a rien éprouvé de semblable, et il nous a appris (c'est un homme intelligent) que, pendant son séjour à Anzin, plusieurs de ses camarades étaient devenus comme lui faibles et pâles sans se plaindre d'accidents graves du côté des voies digestives. Mais aussi il était expressément défendu aux ouvriers de boire de l'eau qui filtrait au travers des conduits de houille ; ainsi, en admettant même que quelques ouvriers des mines de charbon de terre d'Anzin, puissent avoir au début de l'anémie des *coliques violentes, des douleurs d'entrailles et d'estomac, du météorisme, des déjections noires ou vertes*, on ne peut attribuer ces accidents qu'à des circonstances étrangères aux causes qui déterminent l'anémie.

Nous ne pouvons admettre avec quelques auteurs que la maladie des houillères d'Anzin soit une intoxication sulfhydrique lente. Nous venons de dire qu'à la rigueur on pourrait expliquer de cette manière les accidents gastro-intestinaux qui quelquefois se sont déclarés, mais que l'on n'observe plus actuellement. Quant à l'anémie, son développement ne peut reconnaître une pareille origine. En effet, les ouvriers ne boivent plus d'eau de houille, et cependant ils sont encore frappés d'anémie ; ne peut-on pas plus logiquement la rapporter à la privation d'air parfaitement respirable, de soleil et de lumière que subissent les malheureux houilleurs dans ces souterrains humides, d'une immense étendue, qu'on appelle galeries?

L'observation journalière ne nous apprend-elle pas que dans des conditions analogues et même moins défavorables, des accidents semblables se manifestent? Qui ne sait que l'appauvrissement du sang, que l'étiolement apparaît chez les individus qui vivent dans des lieux bas, humides, étroits, où l'air ne se renouvelle que difficilement, et où le soleil et la lumière pénètrent rarement ou en quantité insuffisante? C'est un résultat qu'on peut malheureusement vérifier trop souvent dans quelques prisons, manufactures, hôpitaux, et dans certains quartiers de grandes villes, où ces fâcheuses conditions hygiéniques se trouvent réunies.

Nous ne pensons pas non plus que les émanations charbonneuses, en pénétrant dans l'économie par absorption, puissent déterminer les accidents de l'anémie. A Paris on ne rencontre point chez les charbonniers, qui sans cesse sont en contact avec des poussières de charbon, la maladie que l'on a observée chez les ouvriers qui travaillent dans les souterrains des mines de charbon.

Les mines de charbon de terre d'Anzin n'ont pas la propriété exclusive de donner naissance à une anémie idiopathique; toutes les autres mines houillères ont cette faculté. Notre malade avait d'abord travaillé dans les mines d'Anzin, où il éprouva les premières atteintes de son affection. Plus tard il entra dans les mines de Bourinoche, et là son mal s'aggrava; il nous a assuré d'ailleurs que dans ces dernières mines, comme dans celles d'Anzin, les ouvriers devenaient *faibles et pâles.*

Les observations de Hallé et les renseignements que nous avons pu obtenir prouvent que l'anémie idiopathique attaque d'autant plus vite et d'autant plus fréquemment les houilleurs que l'air des galeries se renouvelle plus difficilement, et qu'il contient une plus grande quantité de gaz impropres à la respiration, ce qui dépend de l'étendue, de la profondeur des galeries, de la composition du sol, et d'une infinité d'autres circonstances.

Enfin nous noterons en terminant que dans l'anémie des houilleurs, comme dans l'anémie chlorotique, comme dans l'anémie produite par le plomb (l'un des caractères de l'intoxication saturnine primitive ou cachexie saturnine), on rencontre des bruits morbides au cœur et dans les artères, qui traduisent l'appauvrissement du sang, et qui disparaissent avec les autres symptômes de la maladie, sous l'influence d'un traitement réparateur, héroïque, celui des ferrugineux.

Note sur l'emploi de l'extrait d'airelle myrtille, dans la diarrhée.

Nulle affection n'est plus commune que la diarrhée, soit qu'on la considère à l'état aigu ou à l'état chronique, soit qu'elle existe idiopathiquement, ou bien encore qu'elle soit le résultat d'une phlegmasie intestinale ou même d'une lésion de tissu. Cette fréquence, cette opiniâtreté de la diarrhée, a, comme de raison, provoqué de nombreux remèdes qui, tour à tour préconisés et délaissés, restent souvent sans efficacité, dont quelques uns même sont sujets à des inconvénients plus ou moins redoutables. Quel médecin n'a pas nombre de fois épuisé toutes les ressources de l'art, sans parvenir à dompter cette rebelle incommodité, dont la persistance ou les fréquentes récidives abolissent promptement les forces du sujet, et le conduisent définitivement au tombeau! C'est surtout aux deux extrémités de la vie qu'on observe ces diarrhées à terminaison funeste. Combien d'enfants à la mamelle succombent à cette affection: les uns présentant une véritable entérite entretenue par les nécessités de l'alimentation, ou par la lente évolution des dents; les autres s'éteignant sans fièvre, affaiblis par des excrétions démesurées, et ne pouvant, faute d'assimilation, réparer leurs forces épuisées! Semblable observation s'applique à la vieillesse

avancée, ainsi qu'à tous les âges intermédiaires, chez les sujets naturellement faibles et délicats.

Nous croyons donc rendre service à nos confrères en leur faisant connaître sans retard un médicament simple, agréable au goût, facile à recueillir et à préparer, conséquemment peu coûteux, incapable d'occasionner jamais le plus léger accident, et néanmoins doué d'une efficacité constante, à peu près immédiate; applicable à tous les cas de diarrhée, à ceux surtout qui résistent aux autres modes de traitement. Or, ce médicament précieux n'est autre que l'airelle myrtille, *vaccinium myrtillus*, L., de la famille naturelle des vacciniées. C'est un arbrisseau de 50 à 60 centimètres de haut, qui croît naturellement dans tous les bois couverts, notamment aux environs de Paris, et qui porte pour fruit une baie de la grosseur d'une merise, de couleur noire violacée, d'un goût à la fois doux et aigrelet, assez recherchée des enfants qui la mangent sans inconvénient, et dans certains pays, employée, dit-on, à colorer les vins. Les feuilles et les tiges de cet arbrisseau contiennent assez de tannin pour qu'on les applique en quelques contrées au tannage des cuirs. Quant à l'usage médicinal de cette plante, il n'est indiqué, que nous sachions du moins, dans aucun formulaire moderne; et c'est à d'anciennes traditions populaires que nous devons la connaissance de ses propriétés astringentes fort réelles. Il est cependant quelques vieux traités de botanique où nous avons trouvé récemment l'éloge du suc de la baie d'airelle myrtille administré dans différents cas de diarrhée et de dysenterie. On l'employait même autrefois avec succès dans l'hémoptysie, les affections catarrhales des voies urinaires, le scorbut et autres maladies dans lesquelles nous n'avons pas encore pris le temps d'en faire essai nous-même; car, dans notre empressement à restituer à la matière médicale cette substance dont nous apprîmes à connaître l'efficacité dans un cas remarquable de diarrhée chronique, nous avons dû d'abord vérifier ses qualités dans des circonstances analogues à ce premier fait, nous réservant d'ailleurs de nous livrer plus tard à d'autres séries d'observations.

La diarrhée est aiguë ou chronique. La première, qui reconnaît ordinairement pour cause, soit une action directe opérée sur les intestins par des substances alimentaires ou médicamenteuses administrées mal à propos, en quantité trop considérable, ou d'une mauvaise qualité; soit une réaction sympathique excitée par une impression de froid humide, par une émotion vive, par la suppression brusque d'une sécrétion habituelle, etc.; la diarrhée aiguë, disons-nous, se termine presque toujours favorablement, tantôt sous la seule influence de la cessation des causes, tantôt grâce à l'emploi des antiphlogistiques, des adoucissants, des opiacés et du régime. Car c'est toujours ainsi que doit être dirigé d'abord le traitement. Mais si l'affection intestinale prolonge sa durée au delà des premiers jours, alors l'extrait d'airelle myrtille peut être utilement employé, sans crainte de le voir ranimer l'entérite, ainsi que le prouve, entre beaucoup d'autres, le fait suivant :

Obs. 1re. — Madame Botrot, demeurant rue Saint-Lazare, 126, âgée de 41 ans, sujette depuis quatre ou cinq mois à des dérangements d'estomac ainsi qu'à des ménorrhagies revenant à chaque époque, est prise, au milieu de sa perte utérine, le 23 septembre 1841, de fièvre intense, de vomissements, de diarrhée sanguinolente, avec coliques violentes, ténesme, etc.—Application de sangsues à l'épigastre et à l'anus, lavements opiacés, tisane gommeuse, diète absolue. — Le 30, tous les phénomènes morbides ont cessé, moins la fièvre et la diarrhée, qui, de mucoso-sanguinolente, est devenue simplement muqueuse. On administre l'extrait d'airelle à la dose d'un gramme par jour en cinq pilules. Dès le lendemain, le nombre des garderobes a diminué. Le 3 octobre il n'y en a plus qu'une. Le pouls donne 78 pulsations. Enfin, la guérison est complète le 5. Notons que cette phlegmasie aiguë des voies digestives ainsi traitée a guéri sans laisser traces ni de la ménorrhagie, ni de l'affection gastrique préexistante.

Nous avons eu plusieurs occasions d'observer les bons effets de l'extrait d'airelle

myrtille dans les diarrhées qui viennent compliquer d'autres maladies aiguës. Nous en citerons un exemple.

Obs. 2e. — La femme de chambre de madame T. fut prise, à la suite d'un accouchement simple et facile, d'une phlébite utérine hémorrhagique, avec résorption purulente, engorgement vasculaire des membres inférieurs et autres accidents qui faillirent plus d'une fois occasionner la mort. Après plusieurs semaines d'une lutte pénible, cette femme paraissait marcher vers la guérison, lorsqu'il lui survint une diarrhée abondante qui menaçait de nouveau ses jours. Je me hâtai de lui faire prendre les pilules d'airelle à la dose de cinq ou six dans les vingt-quatre heures, et j'obtins de leur usage le succès que j'en attendais. Tout autre moyen thérapeutique était contr'indiqué dans ce cas : nous ne pouvions, en raison de l'extrême faiblesse, recourir aux antiphlogistiques non plus qu'aux narcotiques et aux lavements; l'estomac rejetait tout médicament quelconque. Ce fait est donc un de ceux où l'airelle myrtille m'a rendu les plus signalés services.

Mais c'est surtout dans les innombrables variétés de diarrhée chronique qu'on devra recourir à l'emploi de cet astringent. En effet, la diarrhée chronique est tout à la fois plus fréquente et plus opiniâtre que la diarrhée aiguë. Elle reconnaît d'ailleurs à peu près les mêmes causes, et les traitements les plus contraires lui sont souvent opposés avec un égal succès. Cependant, quelque attention que le médecin mette à discerner la nature de cette maladie, et les indications à suivre, quelle que soit son habileté à la combattre successivement par tous les moyens dont il dispose, il échoue, hélas! bien souvent, soit que les viscères se trouvent affectés de lésions organiques, soit qu'il n'existe qu'un simple état phlegmasique, ou seulement un catarrhe intestinal. Le moindre écart de régime, certaines variations de l'atmosphère, suffisent, dans certains cas, pour prolonger indéfiniment la durée d'une affection qui tend déjà naturellement à persister ou à se reproduire. Aussi, la terminaison de la diarrhée chronique est-elle bien souvent incertaine. Il n'est pas rare, chacun le sait, qu'elle soit funeste, dans la première enfance surtout, et chez les sujets faibles et délicats dont les forces ne tardent pas à s'épuiser, tant à défaut de réparation suffisante, qu'en raison des pertes énormes qu'ils subissent incessamment. Ici les évacuations sanguines sont bien rarement favorables : elles nuiraient plutôt en augmentant la débilité générale. Le régime alimentaire a, tout au contraire, une extrême importance : il doit consister en un choix d'aliments susceptibles d'être assimilés promptement et le plus complétement possible ; tels sont les potages, les fécules, les œufs frais, les gelées végétales et animales auxquelles succèderont plus tard le poisson et les viandes grillées ou rôties. Les lavements peu copieux, narcotiques ou astringents ont, dans la diarrhée chronique, une efficacité reconnue universellement. Nous n'hésitons pas néanmoins à considérer en pareil cas l'usage de l'airelle myrtille comme une ressource d'autant plus appréciable, que les autres moyens restent trop souvent sans effet, tandis que celui-ci procure au moins une amélioration momentanée dans les plus graves circonstances, et que, sans jamais être nuisible, il suffit quelquefois pour amener une guérison inespérée. Tel est le cas où, pour la première fois, nous avons eu l'occasion de constater les propriétés astringentes de l'airelle.

Obs. 3e. — Madame R., d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'ayant jamais souffert jusque là des viscères digestifs, fut affectée, en avril 1840, de diarrhées aiguës successives, qui, tour à tour guéries par le régime, et renouvelées par l'emploi d'une alimentation moins sévère, en arrivèrent enfin à constituer l'état habituel de cette dame. Elle s'amaigrissait considérablement; elle perdait ses forces, et nous donnait déjà de graves inquiétudes, lorsqu'au mois de septembre de la même année, elle fit un voyage en Normandie, pendant lequel son indisposition se renouvela comme à Paris. Les personnes qui la recevaient chez elles lui conseillèrent alors un remède éprouvé depuis longtemps dans la famille en semblable circonstance,

et qui n'était autre qu'une liqueur obtenue de la macération des baies d'airelle myrtille dans de l'eau-de-vie de bonne qualité. Cette liqueur produisit un changement merveilleux dans les habitudes de madame R., qui néanmoins crut devoir rapporter à Paris une ample provision de ce médicament pour lequel sa reconnaissance était grande, et dont l'emploi continué pendant plusieurs semaines la préserva définitivement de toute récidive. Instruit par elle de cet événement, muni d'ailleurs de renseignements complets sur la nature de la composition de ce remède, je n'hésitai pas à l'administrer à quelques uns des diarrhéiques qui se présentèrent à moi, sans oublier toutefois les ménagements commandés par la qualité spiritueuse de cette teinture. Enfin, ces essais m'ayant presque toujours réussi, je fis préparer par M. Capelle, pharmacien instruit et soigneux, un extrait des baies de l'airelle myrtille qu'il voulut bien mettre à ma disposition sous trois formes qui rendent cette substance applicable à tous les cas, à tous les âges, à tous les tempéraments. Nous conservâmes la teinture spiritueuse qui convient bien aux organes affaiblis, aux personnes qui trouvent agréable de la prendre avant ou après le repas comme liqueur de table; mais j'administrai bien plus fréquemment l'extrait soit en pilules, soit préparé sous forme de sirop. Ces deux dernières préparations sont effectivement d'un usage plus général que l'autre : on peut toujours les employer en toute sécurité, même alors que l'inflammation n'est pas encore éteinte dans les voies digestives; leur administration est commode et facile. Et d'ailleurs il m'importait d'expérimenter sur un médicament simple, sans combinaison avec aucune substance susceptible d'en altérer ou d'en faciliter l'effet thérapeutique. J'ai généralement administré chaque jour de quatre à six pilules de 20 centigrammes chacune, ou bien je donnais le sirop par cuillerées plus ou moins fortes, suivant l'âge, au nombre de deux à six. Quant à la teinture spiritueuse, on en peut prendre un verre à liqueur le matin à jeun, ou demi-heure avant le dîner, ou bien encore à la fin du repas.

Mais revenons à nos observations.

Obs. 4e. — La petite Canot, âgée de 16 mois, est affectée de diarrhée incessante depuis six semaines, époque de son sevrage. Il existe chez elle une petite fièvre lente, accompagnée d'inappétence complète. A la diète que l'enfant s'impose elle-même, on ajoute l'usage de l'eau gommeuse, de lavements amylacés, de cataplasmes sur l'abdomen, le tout sans résultat. Elle est soumise à l'emploi du sirop d'airelle dont elle prend cinq ou six cuillerées dans les vingt-quatre heures. — Diminution immédiate du dévoiement. Dès le 1er octobre, elle ne produit plus qu'une garderobe par jour; la fièvre a cessé; l'appétit revient; enfin la guérison est complète le 4.

Obs. 5 et 6. — Mêmes circonstances dans l'histoire du petit Lamine, âgé de 18 mois, atteint de diarrhée à la suite de la rougeole; chez la petite Foulon âgée de 7 mois, diarrhéique depuis sa naissance, et chez nombre d'autres enfants dont la guérison n'exigea guères que cinq, huit ou dix jours au plus de l'usage du même agent thérapeutique.

On rencontre dans tous les âges des sujets chez qui la moindre fatigue, un refroidissement subit, une mauvaise digestion, une cause incidente quelconque et très souvent inappréciable déterminent un relâchement de corps qui se prolonge ensuite pendant plusieurs semaines, et d'où résultent tôt ou tard une perte des forces et un dépérissement progressif. L'administration opportune de l'airelle au début de chaque crise nouvelle, éloignera d'abord les rechutes, les préviendra dans la suite ou les rendra tout au moins plus rares et de courte durée.

Obs. 7. — Adèle R., âgée de 4 ans, enfant blanche et grêle, était sujette à des diarrhées qui se prolongeaient indéfiniment, surtout pendant l'hiver, malgré des soins très assidus et très intelligents. Grâce au sirop d'airelle, elle n'a plus de dévoiement, et nous sommes heureusement dispensés d'une diète qu'elle supportait impatiemment et sans succès immédiat.

Obs. 8.—Madame la marquise de F. avait depuis environ quinze ans, tous les cinq ou six jours, des débâcles copieuses qui duraient plus de vingt-quatre heures. Elle doit aux pilules d'airelle un soulagement, une régularisation des garderobes qu'elle avait en vain espérée en faisant fréquemment usage du diascordium, du monésia, etc.

Obs. 9.—M. Beury, âgé de 65 ans, éprouvait depuis plus de quinze ans des crises de diarrhée qui duraient de huit à quinze jours, et qui l'empêchaient, durant tout ce temps, de se livrer à son travail habituel. S'il n'a pas jusqu'ici obtenu la guérison complète de cette incommodité, du moins la modère-t-il à sa volonté, tellement qu'il n'a plus maintenant à subir d'interruption dans ses occupations. Chez lui la teinture spiritueuse produit un effet plus prompt que l'extrait en pilules, ce qui s'explique par l'action stimulante propre au véhicule employé.

La diarrhée la plus rebelle est à coup sûr celle qui résulte d'une lésion tuberculeuse, ulcéreuse ou cancéreuse des intestins. Eh bien! même dans ces cas désespérés, on obtient encore un effet très satisfaisant de l'airelle myrtille. Si ce médicament reste ici, comme tous les autres, impuissant contre des maux incurables, il suspend au moins pour un certain temps une complication dangereuse par elle-même et susceptible d'accélérer la terminaison funeste. Qui sait d'ailleurs si la guérison de la diarrhée ne permettra pas quelquefois à l'économie de se débarrasser à la longue de la maladie primitive? A défaut d'exemples d'un si grand succès, nous rapporterons quelques faits qui témoignent de la facilité avec laquelle nous avons guéri la diarrhée dans des cas tout-à-fait désespérés.

Obs. 10. — La petite Thébaut, âgée de deux ans et demi, tuberculeuse au suprême degré, phthisique, infiltrée des pieds à la tête, de couleur chlorotique prononcée, atteinte de diarrhée depuis plusieurs mois, a pris le sirop d'airelle le 2 avril 1842. La diarrhée a diminué presque aussitôt, et dès le 12, l'enfant produit des garderobes moulées. Elle a succombé quelques semaines plus tard.

Obs. 11. — Une autre enfant de 3 ans et demi, la petite Gérard est affectée depuis deux ans de diarrhée chronique probablement accompagnée de tubercules mésenteriques, et compliquée en ce moment d'une ascite volumineuse. Elle a jusqu'à vingt garderobes par jour. Elle est mise à l'usage de notre sirop, le 5 octobre 1841, et le 14 le dévoiement a cessé tout-à-fait. Néanmoins il ne manquerait pas de se reproduire, si les menaces de récidive n'étaient immédiatement conjurées par un nouvel emploi du médicament. La mort qui paraissait imminente au moment où nous avons mis fin au dévoiement n'a lieu que deux mois après cette époque.

Obs. 12. — M. Demonchy, âgé de quarante et quelques années, atteint d'anasarque, de néphrite albumineuse et de phthisie pulmonaire, était en outre tourmenté par une diarrhée de plus en plus copieuse, primitivement favorisée par l'emploi des purgatifs, et dont la durée remontait à plus d'un an. Rien ne pouvait la modérer, ni l'opium, ni le diascordium, etc. L'usage de la teinture spiritueuse d'airelle produisit bientôt ce résultat, et prolongea sans doute ainsi les jours de mon malheureux malade.

Nous ne multiplierons pas davantage nos citations. Les faits que nous venons de rapporter suffiront, nous n'en doutons pas, pour engager nos confrères à profiter des qualités incontestables des baies du *Vaccinium myrtillus*.

Reiss, D.-M.-P.

REVUE CRITIQUE.

Nous sommes obligés de revenir sur les observations de M. Fauvel que nous avons déjà analysées dans le cahier précédent. La *Gazette des hôpitaux* du 25 mars a publié sur ces observations un article que nous persistons, malgré tout ce qu'on nous a dit, à

regarder comme très sérieux, et auquel nous devons dès lors répondre très sérieusement.

Nous avions montré que ces observations confirmatives des nôtres, en prouvant que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire donne lieu à un bruit anormal au premier temps, fournissaient un argument en faveur de notre théorie qui place au premier temps le passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire; et en même temps nous présentions ces observations comme une objection radicale à la théorie commune qui fait passer au second temps le sang à travers le même orifice.

Eh bien dans l'article en question on tire des servations de M. Fauvel des conclusions diamétralement opposées. On regarde ces observations comme fournissant tout à la fois une difficulté contre notre théorie et un nouvel argument en faveur de l'ancienne. Voici d'abord la difficulté :

« Si la contraction des oreillettes est énergique, elle produira dans le point rétréci un bruit de souffle qui commencera et finira avec la contraction elle-même, c'est-à-dire qui aura lieu *au moment même* du premier bruit, pas *un instant avant*, pas *un instant après*. Or, ce n'est pas là ce qu'a observé M. Fauvel. Dans ses observations, le bruit de souffle *précédait* le premier bruit normal qui persistait un peu obscurci.... » Telle est l'objection littéralement reproduite.

Nous répondons à cela que l'ondée lancée par l'oreillette ne peut pas aller produire sur les parois ventriculaires le choc qui fait le bruit normal sans passer auparavant par l'orifice auriculo-ventriculaire. Or, comme cet orifice est rétréci, le sang qui le traverse doit de toute nécessité produire un bruit anormal avant le mouvement de choc qui fait le bruit normal. Cette explication est si simple et si naturelle qu'on ne comprend pas qu'elle ne vienne pas à l'esprit de tout le monde, comme la conséquence immédiate de notre théorie. Mais, objecte-t-on, *la contraction de l'oreillette étant énergique doit produire un bruit de souffle qui commence et finit avec la contraction elle-même.* Admettons que la contraction de l'oreillette soit aussi énergique que possible; il n'en faut pas moins reconnaître qu'il y aura une succession dans le passage de l'ondée, surtout ici où ce passage est rendu difficile par le rétrécissement. La partie antérieure de l'ondée passera d'abord, puis son milieu, plus sa partie postérieure; en un mot, le bruit anormal produit par ce passage sera, si l'on veut, aussi bref que possible, mais il ne sera pas instantané et indivisible. C'est pour cela que l'ondée produira d'abord un bruit anormal en commençant son passage par le point rétréci; elle ira ensuite effectuer contre la paroi du ventricule le choc instantané qui donne lieu au bruit normal, et pendant que la partie antérieure de l'ondée produira le choc et le bruit normal, la partie postérieure, achevant de traverser l'orifice rétréci, produira la fin du bruit anormal; de telle sorte que le bruit normal dû au choc sera masqué ou couvert par la fin du bruit anormal dû au frottement du reste de l'ondée contre les rebords du rétrécissement.

On voit donc que notre théorie explique tout naturellement et parfaitement pourquoi dans les rétrécissements auriculo-ventriculaires le bruit de souffle précède le bruit normal, elle nous apprend encore que l'ondée sanguine entravée dans sa marche à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, par le rétrécissement de cet orifice, ne donne lieu qu'à un faible choc de la paroi ventriculaire; or, c'est pour cela que le bruit normal qu'on entend dans cette circonstance est bien plus faible qu'il ne l'est dans les cas ordinaires. Mais ce n'est pas tout. Le sang obligé de traverser l'orifice rétréci comme à la filière n'a pas fini, ainsi que nous l'avons déjà dit, d'effectuer son passage entier à travers cet orifice, quand le bruit normal s'est fait entendre; c'est encore pour cela que le bruit anormal ne se borne pas à précéder le bruit normal, mais qu'il le couvre encore plus ou moins, et qu'il se fait entendre, par conséquent, de la manière la plus manifeste dans le moment précis où l'on sent l'impulsion du cœur contre la paroi thoracique.

Nous regrettons que M. Fauvel ne se soit pas expliqué d'une manière nette et précise sur ce fait. Il dit bien que le bruit anormal précède le bruit normal qui reste un peu obscurci. Mais ce n'est pas assez; il aurait fallu ajouter, pour rester complètement fidèle à l'observation, que cet obscurcisement du bruit normal tient surtout à ce qu'il est couvert par la fin du bruit de souffle, ou autrement que le bruit de souffle s'entend encore pendant l'impulsion du cœur.

Tout le monde comprendra avec nous que si M. Fauvel n'a pas donné ces détails précis sur la combinaison du bruit normal avec le bruit anormal et l'impulsion, c'est qu'il lui a été impossible de les concevoir. En effet, comme, d'après la théorie qu'il a adoptée, le bruit normal tient à l'occlusion brusque des valvules auriculo-ventriculaires, il est bien évident que quand ce bruit se fait entendre, c'est-à-dire quand les valvules auriculo-ventriculaires sont fermées, il n'y a plus moyen de supposer un passage de l'ondée à travers le rétrécissement, et, par conséquent, il faut, pour que cette théorie subsiste, que le bruit anormal précède le bruit normal sans le masquer en rien. Or, nous le répétons, l'observation nous apprend tout le contraire; le bruit anormal couvre le bruit normal, et s'entend dans l'impulsion de

la pointe du cœur. Cela est si vrai qu'il est souvent difficile de distinguer le bruit anormal du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, de celui qui tient aux rétrécissements des orifices artériels.

La *Gazette des hôpitaux* montre ensuite que le même fait, qui d'après elle renverse notre théorie, appuie au contraire la théorie commune. « D'après cette théorie, dit-elle, la systole ventriculaire qui accompagne et produit le premier bruit, est immédiatement suivie du relâchement des ventricules, du choc en retour du sang contre les valvules sygmoïdes, et du passage d'une nouvelle quantité de sang des oreillettes dans les ventricules; mais ce passage commence lentement par sa seule force *à tergo*, sans contraction auriculaire; celle-ci n'a lieu qu'à la fin du second silence, c'est-à-dire précisément à l'instant où M. Fauvel a observé le bruit de souffle. »

Nous avons beaucoup d'observations à faire sur ce passage. Nous reproduisons d'abord cette difficulté que nous venons d'opposer à la théorie commune, c'est qu'il est impossible de concevoir, d'après cette théorie, la coïncidence du bruit normal avec la fin du bruit anormal, car il est impossible de concevoir que les valvules auriculo-ventriculaires soient appliquées contre l'orifice rétréci, et que néanmoins le sang continue de traverser le rétrécissement.

Ensuite, nous ne comprenons pas, d'après cette théorie, que le bruit de souffle s'entende seulement après la contraction de l'oreillette. La citation précédente nous apprend que déjà avant cette contraction il y a passage du sang de l'oreillette dans le ventricule à travers le rétrécissement. Pourquoi ce passage, qui occupe à ce que l'on prétend la plus grande partie du long silence, ne donne-t-il pas lieu à un bruit anormal comme tous les partisans de la théorie commune l'ont adopté? On dirait vraiment, d'après le silence singulier de la gazette à ce sujet, que jamais personne n'a songé à trouver une cause de bruit anormal dans le passage de l'ondée que la théorie commune suppose exister avant la contraction de l'oreillette; et cependant tous les partisans de la théorie que nous combattons admettaient et admettent encore, pour la plupart, que ce passage, auquel ils tiennent considérablement comme point de doctrine, est la cause d'un bruit anormal qui occupe la plus grande partie du silence et qui est le signe caractéristique des rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire. Il est vrai que l'observation clinique a montré que ce bruit anormal était une fiction; mais n'a-t-elle pas, par là même, donné un démenti formel à la théorie qui avait fait créer une séméiologie si mensongère?

La *Gazette* fait observer à dessein, dans la citation précédente, que le sang qui traverse l'orifice auriculo-ventriculaire avant la contraction de l'oreillette est poussé par une simple force *à tergo;* et elle sous-entend que cette force est insuffisante pour produire un bruit anormal. Mais nous n'acceptons pas cette conclusion tacite. La force *à tergo* que l'on suppose faire passer le sang de l'oreillette dans le ventricule avant la contraction de l'oreillette doit, s'il y a rétrécissement de l'orifice produire un bruit anormal de la même manière que la force *à tergo* qui fait refluer le sang dans les insuffisances aortiques produit un bruit anormal en traversant l'hiatus rétréci de l'insuffisance.

La *Gazette* n'est donc pas fondée à dépouiller la force *à tergo* de l'influence qui lui revient légitimement et physiquement dans la production des bruits que les partisans de la théorie commune ont toujours reconnus dans les cas de rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle n'est pas fondée davantage, aux yeux des mêmes partisans, à délaisser cette cause si unanimement adoptée, pour recourir à la contraction de l'oreillette; et cela pour une bonne raison, c'est que la théorie de la *Gazette* n'a jamais concédé des pouvoirs raisonnables à l'oreillette.

En effet, que l'on consulte les auteurs qui ont le plus soutenu cette théorie, on verra que, pour eux, l'oreillette est *un réservoir habituellement plein ... que ses parois sont trop minces pour pouvoir agir avec énergie ... que l'absence de valvules aux embouchures veineuses permet au sang d'échapper à la faible contraction des oreillettes et de refluer dans les troncs veineux*, etc., etc. Au reste, nous renvoyons là dessus au Traité d'auscultatation de MM. Barth et Roger, où l'on trouvera une exposition très claire des raisons qui témoignent de l'impuissance de l'oreillette (1).

---

(1) Il paraîtrait que ces deux habiles sthétoscopistes seraient maintenant disposés à revenir de leurs préventions contre l'oreillette; car une note de l'article de la *Gazette* nous apprend que, depuis ce temps-là, ils ont dit dans leurs cours particuliers que les bruits des rétrécissements auriculo-ventriculaires ont lieu *avant le premier bruit normal*, et non pas *après le second bruit* comme ils l'avaient d'abord imprimé. La note ajoute, *c'est qu'en effet il devait en être ainsi si leur théorie était vraie.* Nullement, répondons-nous, puisque leur théorie ne reconnaît pas assez de force à l'oreillette pour produire des bruits. Ensuite nous croyons que l'expression dont se sert la note n'est pas le dernier mot des opinions

Or, si l'oreillette n'a pas une force de contraction suffisante pour que le sang lancé par elle vienne dilater brusquement le ventricule et produire un bruit normal, comme la théorie valvulaire nous l'a refusé, pourquoi la même théorie veut-elle maintenant que l'oreillette ait assez de force pour vaincre l'obstacle du rétrécissement, de manière à produire un bruit anormal qui fait souvent vibrer les parois thoraciques du malade et la main du médecin? On dira peut-être que l'oreillette est plus forte à l'état pathologique qu'à l'état sain, parce que dans le premier cas les parois ont une hyperthrophie qu'elles n'ont pas dans le second; nous répondrons que cette différence n'est pas constante, très souvent l'épaisseur des parois auriculaire n'est pas plus considérable dans le cas de rétrécissements qu'elle ne l'est à l'état sain. M. Fauvel n'a nullement mentionné l'hypertrophie des oreillettes dans les trois observations qu'il a publiées.

M. Hope et tous ceux qui ont fait des expériences pour soutenir la théorie valvulaire avaient d'excellentes raisons pour nier les forces contractiles de l'oreillette; nous ne pensons pas que ces raisons soient suffisamment connues des adeptes qui se sont bornés à servir la susdite théorie en compilant les recherches expérimentales sur lesquelles elle est appuyée. C'est pour cela que nous allons montrer les conséquences qui seraient résultées, pour la théorie ordinaire, d'un mouvement complet et régulier de contraction de la cavité auriculaire. Le sang chassé vivement par l'oreillette aurait passé brusquement dans le ventricule; mais ce passage n'aurait pas pu se faire sans qu'il n'y eût un mouvement brusque de distension visible à l'extérieur des parois ventriculaires. D'un autre côté, comme la théorie valvulaire consacre entièrement à la systole ventriculaire le mouvement brusque de la pointe du cœur, il aurait fallu que les vivisections démontrassent deux mouvement distincts du ventricule après la contraction de l'oreillette: d'abord le mouvement de distension produit par la contraction de l'oreillette, puis le mouvement de la pointe que l'on rapporte à la systole ventriculaire. Or, comme il a été impossible malgré la meilleure volonté de trouver isolé le mouvement de distension opéré par la contraction de l'oreillette, et que, d'un autre côté, on tenait à expliquer le mouvement apparent de la pointe uniquement par la systole ventriculaire, on a été obligé de nier la force contractile de l'oreillette, et de dire que cette cavité était un simple réservoir peu susceptible de retrait et de distension.

La *Gazette* ne se contente pas de revendiquer, en faveur de la théorie commune, les bruits anormaux produits par la contraction auriculaire dans les cas de rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire; elle veut encore colloquer ces bruits à la fin du second temps, et tance même quelque peu M. Fauvel de les avoir placés au premier temps. Elle tient à cette délimitation des bruits dans le but d'éviter la confusion, c'est-à-dire, comme nous l'interprétons, de ne pas faire une trop grande scission avec la première séméiologie de la théorie valvulaire qui plaçait dans toute la longueur du second temps les bruits produits par les rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Cependant nous croyons qu'on ne peut pas hésiter à rattacher au premier temps des bruits anormaux qui couvrent le premier bruit normal et qui s'entendent dans le moment d'impulsion de la pointe du cœur. Ensuite, en ne considérant que la cause active de ces bruits, c'est-à-dire la contraction de l'oreillette, on devrait encore les placer au premier temps. En effet, c'est par la contraction des oreillettes que commence l'action contractile du cœur, et tous les auteurs surtout ceux qui adoptent la théorie valvulaire, tels que MM. Barth et Roger accolent d'une manière indivisible la systole de l'oreillette à la systole ventriculaire, en les considérant comme des portions différentes d'un mouvement unique.

L'article de la *Gazette* dit que, dans la théorie des mouvements et des bruits du cœur, il y a des faits douteux, et d'autres faits passés à l'état de vérités vulgaires. Nous n'acceptons pas cette division qui fait de l'autorité et de la tradition le *critérium* indispensable de l'observation. Nous partageons les faits dont se composent les différentes théories que nous possédons sur le cœur, en faits vrais et en faits faux ou imaginaires. L'auteur de l'article range parmi les vérités vulgaires le synchronisme du premier bruit normal de l'impulsion du cœur et du pouls. Nous avouons que ce synchronisme est effectivement une vérité vulgaire pour un grand nombre de personnes, mais nous soutenons que le synchronisme qui est réel entre le bruit et l'impulsion n'existe plus sur le pouls. Il est facile de sentir que le pouls n'est pas aussi exactement synchrone à l'impulsion du cœur que cette impulsion l'est au bruit; or, du moment qu'il l'est moins, il ne l'est pas du tout.

Il y a surtout une prétendue vérité vulgaire que nous regardons comme complètement fausse, c'est que le ventricule est déjà dilaté

nouvelles de MM. Barth et Roger; car ils ont dû sans doute observer que les bruits dont nous parlons s'entendent non-seulement avant le premier bruit normal, mais encore qu'ils le prolongent pendant la durée de ce bruit qui est dès lors couvert par eux.

par le sang avant la contraction de l'oreillette. Le ventricule n'est dilaté que par la contraction de l'oreillette, et ce fait qui sert de base à notre théorie a été démontré depuis longtemps par Harvey au moyen de l'expérience suivante qui n'a jamais été contredite : « *Si perfice cordis mucronem obliqueris, exindè singulis auriculæ pulsationibus sanguinem effluere conspicies: et hinc pateat quomodo in ventriculos sanguis ingrediatur, non attractione vel distinctione cordis, sed ex pulsu auricularum immissus.* (Londini, 1766, pag. 29.)

Comme nous sommes sûr de ce fait expérimental, que nous l'avons répété plusieurs fois, nous attendons sans impatience qu'on veuille bien se donner la peine de le constater. Une fois qu'on l'aura vérifié, on arrivera d'expérience en expérience à constater cet autre fait, savoir, que le premier bruit normal et l'impulsion de la pointe du cœur résultent seulement du choc de l'ondée qui est lancée de l'oreillette dans le ventricule. Quant à la contraction ventriculaire, elle suit immédiatement et rapidement le premier bruit normal et l'impulsion de la pointe, et elle a lieu précisément dans le moment où la pointe du cœur, après avoir frappé les côtes, revient à son état naturel; elle coïncide avec le pouls artériel qu'elle produit, c'est pour cela que le pouls se fait sentir immédiatement après le premier bruit normal et l'impulsion du cœur.

Telle est en abrégé la théorie qui nous a guidé dans l'observation des faits que vient de confirmer M. Fauvel, et la seule par conséquent qui en rende compte satisfaisant. B.

(*Gazette des hôpitaux.*)

DU SIÉGE, DE LA NATURE DE L'ALTÉRATION ANATOMIQUE, ET DE LA TERMINAISON PAR LA MORT, *de l'emphysème pulmonaire.*

M. Prus, médecin de la Salpêtrière, a lu à l'Académie de médecine sur l'emphysème pulmonaire, un remarquable travail qui a été le point de départ de discussions pleines d'intérêt. Cet habile et laborieux observateur, qui s'occupe depuis longues années de recueillir des matériaux sur les maladies des vieillards, qu'il doit publier incessamment, a cherché dans cette lecture, à l'aide d'observations nombreuses, à préciser le siége et la nature de l'altération anatomique de l'emphysème pulmonaire, et à prouver la possibilité de sa terminaison par la mort.

Avant Laënnec on connaissait à peine l'existence de l'emphysème pulmonaire par quelques observations plus ou moins incomplètes, consignées çà et là dans les annales de la science. Ce célèbre pathologiste traça le premier une histoire presque complète de cette maladie. Quelques médecins ont publié postérieurement sur l'emphysème pulmonaire des travaux qui n'ont presque rien ajouté à ce que Laënnec nous avait appris. Il se sont généralement bornés à commenter, plus ou moins longuement, les observations et les opinions de l'auteur du traité de l'auscultation médiate.

Pour Laënnec, l'emphysème des poumons est anatomiquement caractérisé par deux altérations bien distinctes : tantôt par l'accumulation de l'air dans les vésicules pulmonaires dilatées, généralement accompagnée de la destruction plus ou moins complète des parois, et de la libre communication de la cavité d'un certain nombre d'entre elles (emphysème vésiculaire); tantôt par une infiltration gazeuse du tissu cellulaire sous-pleural et interlobulaire (emphysème interlobulaire et sous-pleural).

La grande autorité du nom de Laënnec fit que ses idées sur le siége et la nature de l'altération anatomique de l'emphysème pulmonaire furent généralement adoptées sans contestation, quoique l'existence de l'emphysème vésiculaire ne fût pas démontrée d'une manière positive. Les travaux intéressants de MM. Leroy d'Etioles, Magendie et Piedagnel contribuèrent toutefois à jeter quelques doutes sur la réalité de cette dernière forme d'emphysème.

Dans ces dernières années, MM. Bouvier, Devergie et Prus, qui ont fait une étude spéciale des maladies des vieillards, après avoir fait l'autopsie d'un grand nombre de vieilles femmes atteintes d'emphysème pulmonaire, et M. le docteur Gavarret, auteur d'une excellente thèse sur cette maladie, ont positivement nié l'existence de l'emphysème par simple dilatation vésiculaire; ils admettent seulement l'emphysème par infiltration gazeuse du tissu cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural. Voici les raisons sur lesquelles ils se fondent pour légitimer leur opinion.

MM. Prus et Gavarret font d'abord remarquer que les vésicules pulmonaires à l'état normal sont si petites que des anatomistes fort distingués doutent de leur existence, et que d'autres la nient formellement. Comment donc Laënnec a-t-il démontré leur dilatation pure et simple? A-t-il jamais disséqué un tuyau bronchique dans toute son étendue, et l'a-t-il vu se terminer par une grosse ampoule fermée de toutes parts ? Non. La constatation d'alvéoles sur un poumon emphysémateux, au-dessous de la séreuse viscérale, semblables à celles d'un batracien, la présence de vacuoles sur une lame mince de poumon emphysémateux et desséché, tout cela ne prouve pas, quoique Laënnec prétende le con-

traire, que ces cellules soient des vésicules pulmonaires dilatées. Car tout tissu cellulaire infiltré d'air se présente avec le même aspect quand on l'étudie avant et après l'avoir divisé en tranches minces. Ensuite, les expériences de MM. Leroy d'Etioles, Magendie et Piedagnel sur les animaux ont prouvé que les vésicules pulmonaires se rompent avec une grande facilité par des insufflations même modérées. N'est-il donc pas plus légitime d'admettre que les vésicules dilatées de Laënnec, égalant quelquefois le volume d'un noyau de cerise ou d'une fève de haricot, sont réellement dues à une infiltration gazeuse du tissu cellulaire des poumons, suite elle-même de la rupture des cellules aériennes?

En outre, quand on ouvre la poitrine d'un emphysémateux, les parties malades, loin de s'affaisser, se dilatent et font saillie au dehors; quand on presse entre les doigts les tumeurs emphysémateuses, elles résistent et ne se vident qu'avec beaucoup de difficulté; enfin, quand on insuffle un poumon emphysémateux, la gaz ne paraît pas pénétrer dans les parties malades. Tous ces phénomènes ont été vus et signalés par Laënnec. L'air, dans ce cas, réagit donc de dedans en dehors, il est donc enfermé dans une cavité qui n'a plus de libre communication avec la trachée. Dans l'hypothèse de la dilatation des vésicules avec ou sans rupture de leurs parois, cette difficulté est insoluble, à moins d'admettre avec Laënnec l'obstruction des petits rameaux bronchiques par les mucosités, les crachats perlés et le gonflement de la muqueuse. Mais une semblable explication ne saurait être adoptée aujourd'hui que presque tous les observateurs ont constaté que cette prétendue obstruction ne se rencontre pas habituellement à l'autopsie. Dans l'hypothèse, au contraire, de l'infiltration gazeuse du tissu cellulaire, tout cela s'explique sans aucune espèce de difficulté.

Enfin, les poumons des vieillards s'affaissent sous la pression atmosphérique à l'ouverture du cadavre, cependant les cellules aériennes sont considérablement dilatées; la dilatation des vésicules donne donc aux poumons des propriétés physiques diamétralement opposées à celles qui caractérisent l'emphysème. Il faut ajouter que MM. Hourmann et Dechambre n'ont trouvé pendant la vie aucun trouble notable de la respiration, lié à l'existence de ces altérations.

Tous ces faits paraissent démontrer que la dilatation des vésicules, avec ou sans rupture des parois, ne suffit pas à elle seule pour constituer la maladie décrite sous le nom *d'emphysème vésiculaire*. Aussi M. Prus définit-il l'emphysème des poumons : une maladie anatomiquement caractérisée par une infiltration gazeuse du tissu cellulaire de ces organes.

Le gaz extravasé peut occuper trois siéges différents, et il en résulte trois variétés de la maladie.

Ire VARIÉTÉ. — *L'emphysème intervésiculaire*, correspondant à l'emphysème vésiculaire de Laënnec, dû à l'infiltration gazeuse des cloisons intervésiculaires.

IIe VARIÉTÉ. — *L'emphysème interlobulaire*, résultant de l'infiltration gazeuse des cloisons interlobulaires.

IIIe VARIÉTÉ. — *L'emphysème sous-pleural*, dû à la présence d'un gaz épanché dans le tissu cellulaire qui double la plèvre.

Telles sont les variétés d'emphysème pulmonaire admises par MM. Prus, Gavarret et Bouvier.

M. Louis croit que l'emphysème pulmonaire est caractérisé par la dilatation des vésicules pulmonaires accompagnée d'une hypertrophie de leurs parois. Plusieurs membres de l'Académie ont combattu cette opinion, qui leur a paru tout à fait hypothétique et denuée de vraisemblance. En effet, s'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de constater la dilatation des cellules aériennes, à plus forte raison est-on dans l'impuissance de reconnaître l'hypertrophie des parois de ces imperceptibles vacuoles.

M. Prus a fixé le premier l'attention des observateurs sur les cas d'emphysème qui peuvent entraîner rapidement la mort; déjà ce médecin avait publié dans le tome 10 des *Transactions médicales* un fait relatif à un vieillard de 70 ans, qui, s'étant couché le soir en parfaite santé, fut trouvé le lendemain mort dans son lit, et chez lequel l'examen le plus minutieux ne fit découvrir qu'un énorme emphysème sous-pleural. M. le docteur Pillore a rapporté dans sa thèse deux cas du même genre recueillis à Bicêtre, dans les services de MM. Prus et Rochoux. M. Prus cite encore d'autres faits qui lui sont propres, ou qu'il emprunte à plusieurs auteurs, qui tous concourent à prouver l'extrême danger attaché à ces infiltrations gazeuses survenues subitement dans le tissu cellulaire des poumons. Enfin, M. Olivier d'Angers a donné à l'Académie l'analyse de deux cas d'emphysème foudroyant, dont il a fait récemment l'autopsie. M. Ferrus attribue la mort dans ces circonstances plutôt à une modification profonde de l'innervation non démontrée par le scalpel qu'à l'infiltration gazeuse qui caractérise l'emphysème.

DE LA MASCHALIATRIE, OU MÉDICATION PAR L'AISSELLE, par M. le professeur FORGET.

Les médecins éclairés par les indications de l'anatomie physiologique ont remarqué depuis longtemps que certaines régions de la

surface cutanée sont plus propres à l'absorption que les autres : telles sont la partie interne des membres, les aines, les aisselles, etc. Lorsqu'on veut faire pénétrer par la voie de l'absorption cutanée certains agents médicamenteux dans l'économie, on les applique généralement sur une surface aussi étendue que possible, ce qui entraîne nécessairement des embarras, des dégoûts, quelquefois même certains dangers. M. Forget propose un autre procédé de la méthode iatraleptique, qui a tous les avantages du précédent sans en avoir les inconvénients.

La maschaliatrie, ou méthode axillaire, consiste à déposer le médicament sous forme convenable uniquement dans le creux de l'aisselle.

Ce procédé iatraleptique a également des avantages particuliers. L'activité de l'absorption dans cette partie est très grande, on peut par conséquent y faire absorber une grande quantité de médicaments, et le contact du remède peut être établi d'une manière permanente.

M. Forget a expérimenté cette méthode avec l'onguent mercuriel dans la syphilis, avec le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, avec la pommade sulfureuse dans la gale ; il propose de l'étendre à un grand nombre d'agents médicamenteux, pour combattre plusieurs maladies.

Les médicaments absorbables par la peau à dose assez rapprochée sont seuls applicables par la méthode axillaire. Elle ne peut donc admettre les corrosifs qui, sous un petit volume, altéreraient la peau, tel serait le sublimé. Cette méthode n'est pas applicable non plus aux astringents, qui détermineraient un resserrement de la peau, contraire à l'action absorbante. En résumé, tous les agents absorbables usités généralement, en pommade, en liniment, en lotions, etc., peuvent se prêter à la maschaliatrie. Les formes qui conviennent le mieux sont principalement les pommades et les solutions.

Cependant les poudres, les pâtes, les électuaires, pourraient s'y prêter dans certains cas. Les pommades s'appliquent tout simplement en les déposant au fond du creux de l'aisselle, d'un côté ou des deux côtés à la fois. Les solutions s'emploient de la même manière par l'intermédiaire d'une éponge ou d'un corps spongieux quelconque.

Généralement on emploie à plus fortes doses les médicaments appliqués à l'intérieur que ceux ingérés par les voies digestives; toutefois la méthode axillaire maintient le remède plus longtemps en contact que les autres procédés iatraleptiques; en outre cette région est douée d'une capacité absorbante si considérable, que souvent, le lendemain matin, on ne trouve dans l'aisselle aucun vestige de la substance appliquée la veille au soir ; ces circonstances commandent donc une grave circonspection. Aussi M. Forget conseille, lorsqu'il s'agira de remèdes actifs ou toxiques, de débuter par les doses usitées à l'intérieur, sauf à augmenter consécutivement et selon les effets produits. (*Bull. thérap.*)

COLIQUE SATURNINE DÉTERMINÉE PAR L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DE L'ACÉTATE DE PLOMB.

M. le docteur Carrière, agrégé de la Faculté de Strasbourg, pense que la colique produite par l'ingestion de préparations de plomb à doses thérapeutiques est tellement rare, qu'aujourd'hui encore bien des médecins se croient fondés à la révoquer en doute ; l'auteur cite quelques faits de ce genre observés par MM. Chomel et Tanquerel des Planches. Nous rappellerons qu'avant ces deux pathologistes, Fernel, Ettmuller, Tulpius, Trales, Van-Swiéten, Hoffmann, James, Tronchin, Tissot, Moréal, Gardanne, Bakes, Fizeau et Fouquier avaient constaté plusieurs fois le développement des maladies saturnines à la suite de l'emploi des préparations de plomb. (*Traité des maladies saturnines*, t. I, p. 64 à 70, par M. Tanquerel des Planches.)

L'observation confirmative de ces faits, publiée par M. Carrière, nous apprend qu'un employé de l'administration des postes, qui ne s'était point exposé au contact des émanations saturnines, contracta une violente colique après avoir pris chaque jour, pendant plusieurs mois, deux pilules, chacune de cinq centigrammes, d'acétate de plomb.

La constatation du liseré bleuâtre des gencives, et les renseignements fournis par le malade, firent rapporter à l'intoxication saturnine les troubles fonctionnels violents rencontrés du côté des voies digestives. Dès lors les purgatifs drastiques furent administrés, et cette cruelle maladie, qui durait depuis plus de quinze jours, céda rapidement à l'emploi de cette médication.

Cette observation prouve la valeur séméiologique du liseré bleuâtre des gencives, formé par le dépôt d'une couche de sulfure de plomb, que l'on rencontre seulement chez les personnes dont les organes ont été en contact avec les molécules saturnines. On sait que c'est à M. Tanquerel des Planches que la science est redevable de ce signe précieux de l'intoxication saturnine.

Enfin, le fait rapporté par M. Carrière démontre de nouveau le danger attaché à l'administration des médicaments saturnins qui occasionnent quelquefois des accidents plus redoutables, même la mort. En présence de pareils résultats ne serait-il pas prudent d'abandonner l'emploi de pareilles substances, puisque

d'ailleurs la matière médicale possède d'autres médicaments qui ont les mêmes propriétés thérapeutiques, sans être douées de semblables facultés délétères. (*Id.*)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

FALSIFICATIONS DE L'OPIUM.

Un Arménien qui s'est occupé pendant un grand nombre d'années de l'extraction de l'opium a rapporté à M. Landerer qu'une des falsifications de l'opium consistait à le mélanger à l'état mou et frais avec du raisin bien écrasé et débarrassé de pepins. Il lui a assuré qu'il ne vient pas un seul pain d'opium d'Orient sans avoir subi cette falsification.

Une autre falsification consiste, dit-on, à piler dans un mortier de pierre l'épiderme de la capsule et des tiges du pavot avec du blanc d'œuf, et à incorporer dans certaines proportions ce mélange avec l'opium.

EXTRAIT ACÉTIQUE DE CANTHARIDES.

Cantharides.............	4 gram.
Acide pyroligneux.......	1 »
Alcool à 85°.............	16 »

Faites digérer au bain-marie à une température de 40 à 50°, passez avec expression, distillez, évaporez à une douce chaleur, on obtient un produit d'une consistance butyreuse. Il peut remplacer l'huile éthérée de cantharide préconisée ces dernières années par M. Trousseau et qui est très avantageuse quand elle est récente; mais quand on la conserve, la cantharidine s'en sépare peu à peu sous forme de cristaux, et la propriété vésicante disparaît. La cantharidine ne se cristallise pas dans l'extrait acétique; pour l'employer il suffit de graisser un peu de papier avec cet extrait et de l'appliquer sur la peau pour avoir en très peu de temps une ampoule formée.

LINIMENT VERMIFUGE DE PÉTREQUIN.

Huile de ricin...............	32 gram.
Huile d'absinthe.............	15 »
Huile de tanaisie............	15 »
Teinture éthérée de bourgeons de fougère du docteur Preschier..	20 gouttes.

On en fait des frictions sur le ventre; on peut, dans les cas urgent, rendre le liniment plus actif en faisant macérer dans l'huile de tanaisie un peu d'ail pilé.

TABLETTES DE NAPHTALINE.

(DUPASQUIER.)

Naphtaline.............	5 gram.
Sucre..................	500 gram.
Mucilage de gom. adrag..	q. s.
Essence d'anis.........	q. s.

F. s. a. des tablettes d'un gramme qui s'emploient à la manière des tablettes de Tolu dans le cas de catarrhes pulmonaires chroniques; elles excitent l'expectoration plus énergiquement que ces dernières. Les malades peuvent en prendre jusqu'à 20 par jour.

FORMULES POUR L'EMPLOI DE L'AZOTATE D'ARGENT, par M. BOUDIN, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille.*

Pilules. Az. d'arg. cristallisé, deux décigrammes; eau distillée, quelques gouttes; saturez la solution avec amidon pulv. q. s. pour faire douze pilules dont chacune représente un tiers de grain. On en donne de 3 à 9 par jour dans la gastrite chronique, la gastralgie, l'épilepsie. Ces pilules doivent être fraîchement préparées sans quoi l'azotate est décomposé.

Injection intestinale. Az. d'arg. de cinq à quinze *centigrammes*, dans eau distillée cent cinquante grammes. — Contre la diarrhée ancienne avec peu de sensibilité du gros intestin. J'ai démontré dans deux numéros de la *Gaz. méd.* de Marseille que la solution argentine agit, sans doute par imbibition, toujours au-delà de la surface d'application. Les faits que j'ai cités sont péremptoires, et il en résulte ce fait très important que l'on peut avec l'injection intestinale dont il s'agit, agir même au-delà de la valvule iléo-cœcale et modifier les ulcérations de la partie inférieure de l'intestin grêle qui, soit dans la phthisie, soit dans la fièvre typhoïde, compliquent souvent la diarrhée atonique qu'il s'agit de faire cesser. Ces considérations paraissent dignes d'être citées.

Injection vésicale. Azotate d'argent cristallisé deux décigrammes, eau distillée cinq cents grammes. Cette solution, dont on peut accroître graduellement la force, est employée dans le traitement du catarrhe chronique de la vessie, et n'offre pas l'inconvénient du *barbouillement* avec le crayon, manœuvre qui a si souvent déjà provoqué des cystites mortelles. La sensibilité de la vessie une fois sondée par une première injection, on se comportera dans les injections subséquentes d'après les résultats obtenus.

Pommade. Azotate d'argent un décigramme, axonge 4 grammes. 1° Dans le traitement de la conjonctivité ulcérative.—2° Dans la leucorrhée, après avoir pratiqué plusieurs injections vaginales, on place à demeure dans

le vagin un bourdonnet de charpie, graissé avec cette pommade.

Surdité par obstruction ou ulcération de la trompe d'Eustache.

Injections par la trompe avec nitrate d'argent cristallisé cinq centigrammes, dans eau distillée deux cents grammes.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE *de matière médicale de pharmacie et de toxicologie*, pour 1843; par le docteur A. BOUCHARDAT, 1 vol. gr. in-32: prix, 1 fr. 25, Paris, *Germer Baillère*.—M. Bouchardat a eu l'heureuse idée depuis 1841 de publier chaque année un *annuaire* de thérapeutique, dans lequel il réunit les différents matériaux produits dans l'année, sur la thérapeutique, la matière médicale, la pharmacie et la toxicologie. Comme on le voit, l'*annuaire* de M. Bouchardat est un véritable journal annuel de thérapeutique qui contient, dans un petit format, le résumé de toutes les publications et de toutes les communications orales qui peuvent intéresser le médecin praticien.

Celui que nous annonçons est le troisième de la série. Il contient des remarques nouvelles sur la préparation de l'opium, les recherches sur le lactucarium (déjà insérées dans notre journal), l'emploi des solanées vireuses contre l'épilepsie, la folie, l'hystérie, la phimosie. On y trouve encore un extrait étendu des importantes communications qui ont trait au *seigle ergoté*, à l'emploi des *émétiques* dans le croup, des purgatifs salins dans la fièvre typhoïde, de l'*hydrothérapie* dans les maladies rebelles de la peau, et du *sulfate de quinine* à haute dose dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme, etc., etc.

M. Bouchardat a, de plus, inséré dans son annuaire un mémoire sur la digestion, qu'il a fait en commun avec M. Sandras. Ce travail important a obtenu dernièrement les honneurs d'un rapport fait à l'Académie des sciences par M. le professeur Dumas. Voici les principales conclusions des recherches de MM. Bouchardat et Sandras: 1° les matières albumineuses (fibrine, albumine, caséum, globules), sont dissoutes dans l'estomac par l'acide hydrochlorique et absorbée par ce viscère, comme le liquide des boissons; 2° l'absorption de la fécule a lieu en partie par l'estomac et par les intestins; 3° la graisse n'est point digérée ni absorbée par l'estomac; elle passe dans le duodénum à l'état d'émulsion au moyen des alcalis fournis par le foie et le pancréas, et elle va ainsi préparée dans l'intestin proprement dit où elle est absorbée par les vaisseaux chilifères.

Voilà certainement des résultats très neufs et qui demandent à être pris en grande considération.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La commission chargée de déterminer la section dans laquelle sera faite la prochaine nomination a été d'avis, à l'unanimité, que cette nomination devait avoir lieu dans la section de pathologie médicale; — cette proposition a été adoptée.

Utérus bicorne.

M. Auguste Berard présente un utérus divisé en deux cavités par une cloison longitudinale. Cet utérus portait en outre un polype.

M. Bricheteau présente à son tour un utérus double ou plutôt deux utérus accollés ensemble et séparés par une cloison épaisse. Ces deux utérus, qui forment une bifurcation dont les cornes sont fortement écartées, ont chacun un col et une ouverture; mais ils aboutissent à un seul vagin. Il n'existe que deux ovaires. La femme chez laquelle on a trouvé cette disposition particulière avait eu six enfants dont deux d'une seule couche. Elle n'avait jamais été réglée pendant ses grossesses. L'ouverture plus considérable de l'utérus droit a fait présumer que quatre de ses grossesses avaient appartenu à ce côté, et deux au gauche.

Tumeurs squirrheuse du cerveau.

M. Velpeau présente à l'Académie le cerveau d'un homme mort dans son service à la suite d'une maladie ancienne des voies urinaires, et chez lequel aucun symptôme n'avait pu faire présumer une lésion cérébrale. Cependant on a trouvé une tumeur de nature squirrheuse développée entre les deux lobes antérieurs qu'elle a déprimés. Cet homme était un perruquier très loquace, cynique par ses propos et ses actes, et qui avait fait abus des plaisirs vénériens. Or, le cervelet n'of-

frait qu'un développement fort ordinaire. Cette observation paraît donc contradictoire à la doctrine qui place le siége de la faculté de la parole dans les lobes antérieurs, et à celle qui établit le siége de l'amour physique dans le cervelet.

Vaccinations.

M. Gaultiér de Claubry a lu le rapport annuel du comité de vaccine sur les travaux relatifs aux vaccinations et à la variole qui sont parvenus à l'Académie pendant l'année 1841. Malheureusement la plupart des documents sont incomplets. Ainsi, par exemple, sur 554,166 vaccinations on n'a constaté le résultat définitif que 55,287 fois ; et sur ce dernier nombre il n'y a eu que 1,368 individus chez lesquels la vaccine ne se soit point développée.

VARIÉTÉS.

—M. Eléonore Combette, agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux et hospices civils, vient de mourir à l'âge de 39 ans. Usé par les fatigues de concours multipliés, il a succombé juste au moment où il commençait à recueillir les fruits d'un long travail et d'une louable persévérance. Ses obsèques ont eu lieu le 7 de ce mois au milieu d'un concours nombreux de médecins. Amis, collègues, anciens rivaux, tous ceux qui l'avaient connu étaient venus à ce triste rendez-vous, lui donner ce dernier témoignage de leur affection et de leur estime.

— M. le docteur Bulard, connu par ses courageux travaux sur la peste d'Orient, vient aussi de succomber.

— La société de médecine de Bordeaux a adressé récemment à la chambre des députés une pétition pour réclamer l'abolition de la patente des médecins. Pourquoi toutes les autres sociétés médicales du royaume n'imiteraient-elles pas cet exemple ? Et pourquoi l'Académie de médecine a-t-elle laissé prendre l'initiative par la société de médecine de Bordeaux ?

— Deux institutions viennent de se former dans le but très louable de protéger la santé morale des aliénées à leur sortie de la Salpêtrière, de veiller à la sûreté de leur convalescence, et ainsi, de ne les livrer à elles-mêmes qu'après une épreuve et des soins qui rendent désormais leur émancipation sans danger pour elles et sans inconvénient pour la société. L'une de ces entreprises, dirigée par M. Mitivié, offre aux aliénées un patronage ; l'autre, présidée par M. Falret, joint au patronage un asile, fondé rue Plumet n° 33.

Traité complet des gourmes chez les enfants, réunissant la description et le traitement des éruptions chroniques du premier âge, et des altérations syphilitiques originelles, par L. V. Duchesne-Duparc, D. M. P.; 1 vol. in-8°, chez Fortin-Masson, place de l'École-de-Médecine, n° 1 : Prix, 7 fr. 50.

De la médecine en France et en Italie. Administration, doctrines, pratique, par le docteur Hippolyte Comber, 1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière : Prix, 7 fr. 50.

De l'emploi prophylactique de la belladone dans la scarlatine épidémique, précédé d'une notice historique sur cette maladie, par le docteur Stiévenart, brochure in-8° de 36 pages, chez J.-B. Baillière.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement 8 fr. par an ; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue du Cherche-Midi, n° 42.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES:**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

MAI 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur le psoïtis (1), *Extrait des leçons cliniques de M. le professeur* FOUQUIER, *et rédigé par le docteur* Hyacinthe MORIZOT.

Le vingt-sixième volume du *Dictionnaire de médecine* contient une dissertation remarquable sur cette maladie. M. Ferrus a passé en revue tous les auteurs qui, depuis Lamotte jusqu'à nos jours, ont publié des observations détaillées de psoïtis. Il résulte de cette recherche que la science possède au plus douze ou quinze cas avérés d'inflammation du psoas. Encore M. Ferrus a-t-il emprunté à Ettmuller, à Withmore, à Kyll enfin, qui a publié un mémoire sur le psoïtis et sur les abcès du psoas. Ce dernier auteur rapporte cinq observations de psoïtis terminées par le retour à la santé. Or, cette heureuse coïncidence et d'autres encore ont inspiré des doutes sur la nature de la maladie décrite par Kyll.

La notice bibliographique du psoïtis a conduit M. Ferrus à cette conclusion, que la phlegmasie du psoas est une maladie fort rare. Cela est vrai, sans aucun

(1) L'affection désignée sous le nom de *psoïtis*, par M. Fouquier, est confondue par beaucoup de médecins sous le nom générique d'*abcès iliaques* (N. du R.).

doute, et ce travail n'a pas été fait dans le but d'imposer des restrictions aux idées d'un praticien aussi distingué que M. Ferrus. J'ai pris pour texte de cet article l'heureuse issue de la maladie, chez deux sujets qui ont été traités dans le service de M. Fouquier. A ceux-ci, j'ajouterai les réflexions cliniques suggérées au professeur par l'observation de 12 ou 15 cas pris dans sa pratique particulière. J'ai lieu de croire que le mode spécial de guérison des deux premiers psoïtis dont je viens de parler, offrira quelque intérêt eu égard surtout aux résultats négatifs consignés dans les observations des auteurs qui ont écrit sur cette maladie.

Je vais donc d'abord donner l'historique de la maladie, tel qu'il a été recueilli au lit du malade :

Une jeune fille de 23 ans, couturière, est entrée à la Charité, salle Sainte-Anne, le 16 février 1839. Elle jouit habituellement d'une bonne santé : réglée à douze ans et demi, sa menstruation a toujours été régulière et abondante : les règles durent six jours : l'écoulement menstruel n'a rien perdu de sa régularité, ni de sa quantité, depuis cinq ans que la malade habite Paris. Au mois de novembre dernier elle est arrivée au terme d'une première grossesse qui n'a présenté aucun phénomène remarquable : l'accouchement a été très heureux, l'enfant est plein de santé.—La malade a repris ses occupations au bout de trois semaines. Les lochies ont duré jusqu'au 8 décembre, époque à laquelle a reparu le flux cataménial aussi abondant que par le passé.

Dans les premiers jours du mois de janvier, elle éprouva, *sans cause connue*, une douleur assez vive dans la région iliaque droite :-dès lors la marche devint fatigante, douloureuse même quelquefois ; pendant quinze jours il n'y eut pas de claudication bien marquée. La douleur était d'ailleurs parfaitement circonscrite ; la malade n'en ressentait aucune autre ; elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales, et personne de sa famille n'a été atteint de cette affection.—La malade a pu suivre ses occupations jusqu'au 20 janvier ; jusque là les fonctions étaient restées intactes : il n'y a eu ni frisson, ni mouvement fébrile.

A cette époque la douleur iliaque a pris une intensité plus grande : la claudication est survenue et a bientôt obligé la malade à s'aliter. Les règles ont complètement fait défaut le 8 janvier.

La douleur était assez aiguë pour ne permettre qu'une pression très légère dans toute la région iliaque : la malade assure qu'il existait déjà une tuméfaction appréciable dans cette partie. La cuisse droite ne recevait aucune irradiation de douleurs ; elle était déjà remarquablement fléchie sur le bassin. A cette époque aussi il y avait de la soif, de la chaleur à la peau, la nuit surtout. L'appétit était perdu.—Deux applications de douze sangsues à la région inguinale droite, à trois jours de distance l'une de l'autre, produisirent une perte notable de sang, et la malade obtint du soulagement. Des cataplasmes émollients et narcotiques ont été prescrits ; le repos et la diète ont été continués.—L'amélioration s'est maintenue pendant quelques jours : mais la cuisse reste dans la flexion et la marche est toujours impossible. Les fonctions digestives s'étaient un peu améliorées. Au commencement du mois de février la douleur fit de nouveaux progrès : mais elle resta constamment limitée à la région iliaque. La fièvre reparut sans paroxismes bien marqués ; l'appétit s'effaça de nouveau, la soif devint plus vive, la cuisse s'inclina davantage sur le bassin ; les règles ont également fait défaut le 8 février.—La malade a pris quelques tisanes émollientes ; deux bains entiers n'ont produit aucun soulagement : elle a été portée à l'hôpital le 16 février.

La face est dans l'état sain, il n'y a pas de céphalalgie ; le sommeil s'est assez bien conservé, mais parfois il y a de l'agitation pendant la nuit, des inquiétudes dans les membres : pas de délire depuis le commencement de la maladie ; la langue est légèrement blanchâtre, il n'y a pas d'amertume à la bouche, pas de nausées ni de vomissements. Etat habituel de constipation : soif assez vive, les urines sont abondantes.—La poitrine ne présente rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation.—Le ventre a son volume ordinaire, il est souple et indolent dans les parties supérieures. A droite, dans toute la région iliaque, la pression la plus légère détermine une douleur très vive, qui envoie des retentissements dans les lombes et dans le bassin : on trouve de la rénitence, mais pas de tuméfaction appréciable : la percussion est impossible, elle arrache des cris à la malade. Lorsqu'elle est portée à son maximum d'intensité, la douleur est représentée par une sensation de chaleur, de brûlure, de pesanteur : des battements, des déchirements atroces retentissent profondément dans les régions iliaque

et lombaire. Dans les moments de calme, la douleur est exprimée par une sensation de pesanteur, d'érosion, avec ou sans développement de chaleur. Vive ou supportable, cette douleur est continuelle. Le soir les exacerbations sont plus fréquentes, mais il n'y a pas de frisson.— *La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin*, et lorsqu'on veut étendre le membre, on détermine à l'instant même une aggravation considérable de la douleur.—La température de la peau est normale : le pouls régulier, petit, concentré, bat cent quarante-quatre fois par minute.

Je n'ajouterai pas à cette observation les remarques de chaque jour ; je craindrais de rendre fastidieux des détails longs déjà, mais qui m'ont semblé nécessaires pour résumer, avec fruit, les phases importantes de cette maladie.

La malade est jeune. De son propre aveu, elle ne sait à quelle cause rapporter l'invasion de la maladie. Elle n'a pas fait de chute ; elle n'a pas reçu de coups sur la partie affectée. Jamais elle n'a ressenti de douleurs rhumatismales. Mais elle était accouchée depuis peu ; et M. Kyll a dit que l'écartement forcé des cuisses pendant l'accouchement prédisposait les femmes à l'inflammation du psoas. Cet auteur a certainement exagéré, lorsque, préoccupé de la coïncidence de la psoïte avec les suites de couche, il a dit que cette affection ne se déclarait jamais que par suite de la rupture de quelques fibres ou même du muscle tout entier. Je suis loin de croire que l'étiologie de la psoïte dont je viens de reproduire l'histoire vienne en aide aux assertions de M. Kyll, puisque l'accouchement a été très simple, et que la santé de la malade était complétement rétablie, plusieurs semaines avant l'apparition de la douleur à la région iliaque. Il me semble que si l'expulsion du fœtus avait été la cause du déchirement de quelques fibres musculaires, la douleur se fût déclarée subitement. Mais bien que les événements ne justifient pas ici les prévisions de M. Kyll, je pense qu'elles doivent être prises en considération dans l'examen des causes prédisposantes de la psoïte. Et puis, il n'est pas inutile d'ajouter qu'après le travail de l'accouchement, il s'établit souvent une inflammation partielle de tel ou tel organe voisin de l'utérus. Cette remarque, qui est avouée par l'observation, rendrait un compte plus sévère de l'invasion d'une phlegmasie dans l'intérieur du muscle psoas.

Une fois déclarée, la douleur provoque immédiatement des désordres nouveaux. Les règles qui avaient reparu après l'accouchement se suppriment sous l'influence des premières atteintes de la douleur. Quelle que soit l'interprétation qu'il convienne de donner à ce fait, il ne me semble pas moins intéressant. Ce ne sont pas les sangsues qui ont produit de la révulsion au détriment du flux menstruel, puisquelles n'ont été appliquées que postérieurement à l'époque où les règles devaient paraître. Est-ce donc la douleur elle-même qui a joué le rôle d'un révulsif? cela ne me paraît pas invraisemblable.

— Il n'est pas inutile de remarquer la lenteur des prodrômes de la maladie. S'il eût été question d'un abcès seulement développé dans le tissu cellulaire, ou même dans les fibres musculaires du psoas, il me semble que la douleur eût, elle-même, affecté une marche plus aiguë, plus rapide. La suppuration aurait inévitablement entraîné des accidents assez sérieux pour obliger la malade à garder le lit. Ainsi donc, la douleur caractéristique de la région iliaque, la claudication, et plus tard la flexion de la cuisse sur le bassin, se rapportaient bien à une phlegmasie du psoas, et non pas à un abcès développé dans l'intérieur de ce muscle. Enfin, il n'est pas non plus inutile de noter l'amélioration obtenue par les saignées locales à une époque où déjà elles eussent été impuissantes pour arrêter la suppuration.

— Lorsque la malade a été examinée, pour la première fois, à l'hôpital, son habitude extérieure ne trahissait nullement l'extrême gravité de la maladie. L'état du pouls pouvait seul donner la mesure du danger : il était petit, concentré et très fréquent. Mais il n'était pas moins remarquable de ne trouver que la chaleur nor-

male de la peau. Étions-nous donc déjà à la dernière période de la fièvre hectique des phthisiques? Mais la malade n'avait ni toux ni diarrhée : d'ailleurs, la guérison serait, dans ce dernier cas, bien plus surprenante encore. — Je n'ai pas besoin de répéter que tous les signes caractéristiques de l'inflammation du psoas étaient réunis, à ce point de ne laisser aucun doute sur la nature de la maladie. Au reste, les événements ultérieurs ont vérifié le diagnostic de M. Fouquier.

A partir de son entrée dans le service, la malade a été soumise à l'usage de tisanes rafraîchissantes, de laxatifs doux, introduits le plus souvent par le rectum. Des cataplasmes émollients ont été placés, matin et soir, sur le siége principal de la douleur : des frictions avec la teinture de digitale ont été faites dans toute l'étendue de la fosse iliaque : tous les soirs la malade prenait un julep pour assurer le repos. Quelques bouillons lui ont été accordés.

La durée de la maladie a été fort longue. Pendant les trois premières semaines du traitement, il ne s'est opéré qu'une amélioration très légère ; le pouls conservait toujours la même fréquence ; la peau restait plutôt fraîche que chaude ; la douleur n'avait presque rien perdu de son intensité première ; la cuisse était toujours inclinée sur le bassin, et déjà les téguments présentaient un commencement d'infiltration ; jusque-là les fonctions digestives n'avaient rien offert d'anormal ; l'appétit revenait un peu ; il n'y avait ni toux, ni expectoration, ni paroxysmes fébriles.

A cette époque, la douleur iliaque sembla se circonscrire, et bientôt on aperçut une tuméfaction semblable à celle qui est produite par le pus d'un phlegmon. Cette tumeur prit chaque jour un nouvel accroissement : elle était molle, pâteuse; la pression ne la faisait pas disparaître en entier. M. Fouquier ne jugea pas convenable de recourir à une ponction. Il continua les moyens locaux dont j'ai parlé tout à l'heure ; mais comme déjà la malade accusait un accroissement de faiblesse, il essaya quelques potions avec le sirop de quinquina. Le résultat fut très heureux. La tumeur acquit le volume d'un œuf de poule, et la rupture des téguments se fit d'elle-même. Il s'échappa une quantité notable d'un pus blanc grisâtre, d'une fétidité extrême. La suppuration continua pendant plusieurs jours, sans offrir de changement remarquable ; elle devint de moins en moins abondante ; on abandonna son expulsion aux seuls efforts de la nature. — Quelques jours après l'ouverture de la tumeur, la malade s'aperçut qu'elle rendait aussi du pus par les selles. A cette époque aussi les garde-robes devinrent plus fréquentes; mais le pouls commença bientôt à se relever, il perdit successivement de sa fréquence, et dès lors M. Fouquier annonça que la malade guérirait. Le résultat a justifié ce pronostic.

La suppuration rendue par les selles dura huit à dix jours avec des alternatives de diminution et d'augmentation. La couleur du pus était exactement la même que celle qui a été décrite : il y eut quelques selles entièrement purulentes d'une insupportable fétidité. — La suppuration établie dans la fosse iliaque dura bien plus longtemps. Elle cessa aussi graduellement, et la plaie se ferma d'elle-même, laissant une cicatrice presque imperceptible. — Un plumasseau de charpie enduit de cérat ; des cataplasmes renouvelés constamment : tel fut tout le pansement.

Au moment où la suppuration s'arrêtait, la cuisse pouvait déjà être étendue sans causer des souffrances très vives : ses téguments étaient toujours flasques et pendants. Il n'y eut jamais, au reste, de traces de fusées purulentes dans les espaces intermusculaires ; l'articulation coxo-fémorale est aussi restée intacte. Seulement la cuisse du côté malade semblait avoir perdu quelque chose en longueur, et ce fait devint plus appréciable lorsque la malade put se lever. Elle boitait toujours un peu à droite. Mais cette difformité disparut à mesure que les mouvements et la marche devinrent plus faciles.

Ai-je besoin d'ajouter qu'après la cessation définitive de la suppuration, l'état général de la malade s'améliora rapidement? En quelques jours, le pouls reprit son type normal; la peau redevint souple et fraîche; la diarrhée s'arrêta complètement; l'appétit se prononça de plus en plus. M. Fouquier acheva la guérison à l'aide des toniques, le fer, le vin de quinquina. Quelques sangsues furent appliquées, à plusieurs reprises, aux parties sexuelles, et les règles, après une suppression de trois mois, reparurent comme avant la maladie. — La santé était parfaitement rétablie après un séjour de plus de trois mois à l'hôpital.

Cette malade fut plus heureuse que celles d'Ettmuller et de Withmore. La suppuration conduite au-dehors par l'intestin n'a pas entraîné la mort. Il n'y a pas deux manières d'expliquer le passage du pus dans le tube intestinal : il a fallu qu'une perforation mît en rapport le foyer du mal avec l'anse intestinale, et qu'une adhérence vînt, plus tard, protéger la cavité abdominale contre les épanchements de matières fécales.—Ce fait me rappelle un cas bien remarquable que j'ai rencontré dans les pavillons de l'Ecole de médecine. J'ai disséqué le cadavre d'une femme âgée qui avait succombé à une affection de poitrine. Le thorax seul avait été ouvert. En détachant le foie, j'aperçus une adhérence très circonscrite du lobe gauche de cet organe avec l'estomac. Une perforation arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc, établissait une communication immédiate entre la cavité abdominale et l'intérieur de l'estomac. Mais le foie hermétiquement appliqué sur l'ouverture de communication, avait protégé la vie contre une mort inévitable et rapide.

Quant à la suppuration établie dans la région inguinale droite, M. Fouquier l'a toujours considérée comme le fait de l'inflammation du psoas. L'idée d'un phlegmon développé dans la fosse iliaque a été écartée par l'ensemble des symptômes relatés plus haut. — A sa sortie de l'hôpital, la malade n'éprouvait ni douleur, ni gêne dans la partie affectée; le renversement du tronc en arrière ne développait non plus aucune sensation de souffrance locale. — Je vais maintenant donner la seconde observation.

Au mois d'octobre de la même année, il est entré, dans le service de M. le professeur Fouquier, une femme de trente-six ans, lingère, qui habite Paris depuis plus de dix ans. Cette femme a eu trois enfants qui sont morts en bas âge. Elle a été réglée à douze ans et la menstruation a toujours été régulière, mais peu abondante. La santé a été parfaite jusqu'à vingt-cinq ans. Depuis cette époque, la malade a subi diverses indispositions. La plus sérieuse a été caractérisée par des douleurs dans les articulations des membres inférieurs seulement. Le père de la malade a eu aussi plusieurs fois des attaques de rhumatisme.—Des saignées générales et locales ont été faites avec des alternatives de succès et de revers.—Il y a deux ans, cette malade a éprouvé des douleurs superficielles des parois abdominales. Elles ont duré plusieurs semaines; elles se reproduisent d'ailleurs souvent sous l'impression du froid.—Depuis six mois environ, les règles ont encore diminué de quantité. — Il y a six semaines, de nouvelles douleurs se sont déclarées dans les articulations des membres inférieurs. Le côté droit a toujours été plus sérieusement affecté que le gauche, et cette fois encore, cette coïncidence s'est reproduite. La malade s'est alitée pendant quinze jours: elle a été saignée deux fois localement: elle a pris des tisanes émollientes et des bains de vapeurs: son état s'est légèrement amélioré, mais les douleurs articulaires ont repris une nouvelle intensité depuis une semaine; la malade s'est exposée au froid: les douleurs abdominales se sont également aggravées; enfin n'obtenant plus d'amélioration d'un traitement incomplet, elle s'est fait conduire à l'hôpital.

Il n'y a pas de céphalalgie; la face est un peu pâle, elle respire la souffrance. La langue est blanche-jaunâtre; il y a de l'amertume à la bouche, de l'anorexie, de la soif; quelquefois des nausées, jamais de vomissements; constipation habituelle et très opiniâtre.—Il n'y a rien de particulier du côté des organes de la poitrine.—Les articulations du genou et du pied gauches sont douloureuses pendant les mouvements, mais elles ne présentent ni rougeur ni tuméfaction. Les articulations du membre abdominal gauche sont également

douloureuses; la malade conserve la cuisse à demi fléchie, et lorsqu'on veut opérer une extension complète, les douleurs redoublent. L'articulation de la hanche droite est saine.—Le ventre est bien conformé, il est douloureux à la pression, surtout dans la région hypogastrique. Cette douleur est assez uniforme, superficielle; elle est sujette à des alternatives d'augmentation et de diminution. De temps à autre la malade accuse des douleurs aiguës dans les espaces intercostaux et dans les lombes.—La peau est un peu sèche, chaude; le pouls régulier et d'un volume normal, bat cent fois par minute.

Jusqu'ici il n'y a rien dans l'état de cette malade qui se rapporte à une inflammation du muscle psoas. On reconnaissait parfaitement un rhumatisme articulaire des parois abdominales.—La malade fut saignée; des sangsues et des cataplasmes furent appliqués sur les articulations affectées. Enfin M. Fouquier est revenu plusieurs fois à l'usage de laxatifs à l'intérieur, et de lavements purgatifs. L'état de la malade s'améliorait lentement. La fièvre continuait avec des paroxismes le soir. Au douzième jour du traitement, on s'aperçut que la cuisse droite était fléchie à angle droit sur le bassin. La malade assurait que, depuis quelques jours, elle ressentait une douleur vive à la région iliaque du même côté; la pression déterminait en effet dans cette partie une douleur très vive; la fièvre avait augmenté, le pouls battait cent vingt fois par minute; la peau était chaude et sèche.—M. Fouquier indiqua l'existence d'une phlegmasie du psoas, et dès lors il conçut des inquiétudes sérieuses sur l'issue de la maladie.

Des sangsues et des cataplasmes furent de nouveau appliqués sur le siége principal de la douleur. On insista sur les lavements laxatifs: des boissons délayantes furent continuées, et la malade resta soumise à une diète sévère: pendant plusieurs jours la maladie nouvelle demeura stationnaire malgré l'usage réitéré des saignées locales. La cuisse était toujours fléchie sur le bassin et légèrement déviée en dehors. Les mouvements causaient de très vives souffrances dans la région iliaque: la pression était aussi extrêmement douloureuse dans cette partie.—Du reste, les autres douleurs articulaires s'amendaient sensiblement.—La fièvre était toujours considérable, mais la peau perdait un peu de sa chaleur. L'état général se maintenait dans des conditions assez favorables. Il n'y avait ni toux, ni diarrhée, mais seulement de la sueur pendant le sommeil.

La malade était au vingt-cinquième jour de son inflammation du psoas, lorsque les selles, qui avaient été rares jusque-là, devinrent de plus en plus fréquentes; il y eut jusqu'à dix ou douze évacuations alvines, dans les vingt-quatre heures. La faiblesse faisait des progrès; il y avait de l'amaigrissement, les sueurs nocturnes devenaient plus abondantes. Le pouls était petit, serré et très fréquent. A cette époque il ne restait plus guère d'espoir de guérison, lorsqu'une suppuration vint à s'établir par l'intestin. Toutes les selles contenaient un pus blanc. grisâtre, d'une fétidité très remarquable. Leur nombre, pendant huit à dix jours, ne fut jamais moindre de huit. Il y eut plusieurs garde-robes complètement purulentes.

Pendant tout le temps que dura la suppuration, la faiblesse générale fut extrême; cependant le pouls ne tarda pas à se relever un peu et à perdre de sa fréquence. La douleur fixée à la région iliaque perdit graduellement de son intensité; la cuisse put bientôt exécuter les mouvements de flexion et d'extension sans réveiller de souffrance locale. Enfin les selles devinrent de moins en moins fréquentes; la douleur iliaque s'éteignit complètement, le pouls revint peu à peu à son type normal, et il ne resta plus à combattre que la débilité du sujet.

Après avoir échappé à un danger aussi grand, les autres indications étaient faciles à remplir pour arriver à une solution parfaite. Les mêmes moyens que dans le cas précédent ont été employés avec succès; mais la maladie a été, comme la précédente, fort longue. La santé était bien rétablie après deux mois et demi de séjour à l'hôpital. A sa sortie la malade ne se plaignait plus de douleurs rhumatismales dans les articulations.

Je ne reviendrai pas sur les détails consignés dans cette observation: je ferai seulement remarquer la coïncidence d'une psoïte chez une femme qui a eu depuis longtemps des douleurs rhumatismales. Je puis donc, sans torturer les faits, dire que l'inflammation du psoas était de nature rhumatismale. M. Ferrus a reconnu l'importance du rhumatisme, dans l'étiologie de la psoïte. En dehors de ce fait, M. Fouquier admet la psoïte rhumatismale. —La malade précédente était d'ailleurs dans les conditions les plus favorables à l'invasion d'une phlegmasie du psoas. Il y a ceci de remarquable que la psoïte déclarée, a fait taire, en quelque sorte, toutes les autres douleurs articulaires.

Je trouve de moins, dans cette dernière observation, l'expulsion du pus, par une ouverture pratiquée naturellement dans la fosse iliaque. Celle qui a eu lieu par les selles a été assez abondante, pour vider le foyer du mal, et si, par ce fait, la maladie a duré plus longtemps, l'issue n'a pas été moins favorable que dans le premier cas. A défaut d'autres, ces deux exemples réunis suffiraient pour établir la possibilité d'une guérison de psoïte, lorsque le pus est porté au dehors par les selles; mais ces deux cas ne sont pas les seuls heureux. Il me reste à donner quelques détails sur la maladie ; je les emprunte textuellement aux leçons de M. Fouquier.

J'ai déjà dit que le professeur avait observé douze ou quinze cas d'inflammation du psoas, tant dans sa pratique particulière que dans celles des hôpitaux. Dans ce nombre il y a quatre cas de guérison , deux par la suppuration spontanée établie dans la fosse iliaque, deux par une perforation du tube digestif, qui a évacué la matière purulente avec les matières stercorales: j'y reviendrai tout à l'heure.

La psoïte est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et, parmi celles-là , elle affecte une préférence marquée pour les jeunes filles de l'âge de quinze à vingt-cinq ans.—M. Fouquier n'a rien appris de positif sur l'étiologie de l'inflammation du psoas; seulement il admet une psoïte consécutive et primitive: celle-ci se retrouve dans les deux cas que j'ai cités, celle-là peut être produite par une ulcération intestinale qui portera, par suite d'une perforation, la matière purulente sur les muscles psoas-iliaque.—L'observation démontre que le côté droit est plutôt affecté que le gauche.

Le signe pathognomonique de la psoïte consiste dans la rétraction du membre abdominal; il n'est pas toujours dévié en dehors. La douleur ne manque jamais dans la fosse iliaque: la pression l'augmente beaucoup, et les mouvements de la cuisse sont aussi la cause d'une aggravation singulière de cette douleur. La fièvre est toujours considérable, même au début de la maladie; cependant l'élévation de la température de la peau est plus remarquable dans la première période que dans celle de la suppuration. A cette époque la peau est plutôt froide que chaude. Le pouls est petit, serré et très fréquent. Au début de l'inflammation il a plus d'ampleur et un peu moins de fréquence. Presque toujours le malade succombe aux symptômes réunis de la fièvre hectique ; il a des sueurs abondantes, des évacuations alvines fréquentes; il tousse quelquefois; il maigrit et s'éteint dans le marasme. Lorsque la maladie doit avoir une heureuse issue, le pouls se relève graduellement; il perd de sa fréquence en même temps qu'il reprend du volume: les évacuations alvines diminuent, et la suppuration se tarit, après s'être portée au dehors pendant une période qui est toujours assez longue. — Le pus est d'un blanc grisâtre et d'une fétidité extraordinaire.

Dans les quatre derniers cas de guérison déjà mentionnés, M. Fouquier n'a vu les malades qu'à une époque fort avancée de la maladie. Le pus a révélé sa présence dans la fosse iliaque par une tumeur molle, fluctuante, qui se laissait facilement déprimer. Lorsqu'il s'est fait jour par l'intestin, aucun symptôme n'a pu annoncer d'avance cette terminaison.

Les malades qui succombent présentent très souvent l'inflammation réunie du muscle psoas-iliaque. Il est rare qu'un seul soit affecté. On découvre, dans la fosse iliaque, une quantité plus ou moins considérable de pus reconnaissable à ses caractères ordinaires. Ce pus s'étend quelquefois bien loin, au-delà du bassin, entre les muscles de la cuisse qu'il dissèque et ramollit. La chair musculaire du psoas-iliaque est réduite en une sorte de putrilage, de couleur bleue d'ardoise, qui occupe le foyer du mal.—M. Fouquier a rencontré plusieurs fois les désordres que je viens de signaler, dans le membre abdominal, à la suite de l'inflammation du psoas et de l'iliaque.

La psoïte est une affection très grave ; cependant les guérisons obtenues dans

des cas en quelque sorte désespérés permettent de croire que cette phlegmasie n'est pas toujours mortelle. Au reste, je conviens que les faits ne sont pas assez nombreux pour établir des données précises à cet égard.

L'abcès simple de la fosse iliaque sera distingué de la psoïte, par l'absence de la flexion de la cuisse, qui n'appartient qu'à la phlegmasie du psoas. Sans doute l'abcès iliaque peut déterminer l'inflammation du muscle iliaque et du psoas. Mais alors cette affection consécutive réunira tous les symptômes que j'ai décrits : tandis qu'un abcès simple de la fosse iliaque pourra présenter tous les phénomènes pathologiques de la psoïte, moins la flexion du membre abdominal, sur le bassin. M. Fouquier a donc raison d'admettre toujours l'inflammation du psoas et de l'iliaque, lorsque la cuisse est fléchie sur le bassin.

Un abcès symptomatique d'une altération de la colonne vertébrale pourrait faire croire à l'existence d'une psoïte. Mais ici la flexion du membre abdominal manque : ses mouvemens ne déterminent aucune sensation de douleur. D'ailleurs, l'invasion de la maladie, sa marche aiguë, éloigneront bien vite les traits de ressemblance qu'elle peut avoir avec l'abcès par congestion.

La coxalgie affecte quelquefois l'expression symptomatique de la psoïte ; ainsi il est des cas où l'inflammation du psoas propage des douleurs dans la continuité des muscles de la cuisse. La même chose se retrouve dans la coxalgie, et, de plus, cette dernière affection détermine quelquefois la flexion du membre abdominal sur le bassin. Mais la douleur profonde de la région illiaque, son accroissement par le moindre mouvement de la cuisse n'appartiennent qu'à la psoïte. D'ailleurs, dans la coxalgie, le siége du mal intéresse plus particulièrement les parties externes, l'articulation iléo-fémorale. Rien de tout cela n'arrive dans la psoïte ; et lorsque, par le déplacement du membre abdominal, on développe un surcroît de douleur, c'est toujours dans la région inguinale qu'il retentit. De plus, la pression seule développe, dans la fosse iliaque, des souffrances qui n'appartiennent pas à la coxalgie.

La psoïte est ordinairement une maladie de longue durée. Tous les cas observés par M. Fouquier viennent à l'appui de cette assertion.

Le traitement de la psoïte est, à son début, entièrement rempli par les antiphlogistiques. Il ne sera pas inutile, dans quelques cas, d'ouvrir la veine. Toujours les saignées locales doivent être répétées en raison directe de l'intensité de l'inflammation et du bien-être qu'elles procurent. Des cataplasmes émollients, des fomentations, sont toujours utiles et souvent salutaires. Il importe de s'opposer, par tous les moyens convenables, à la constipation. Des boissons tempérantes, une diète sévère complètent cette première partie de la médication.

Lorsque le pus apparaît sous les téguments de la fosse iliaque, on peut ouvrir la tumeur ou attendre que son ouverture se fasse naturellement. Ce dernier parti a eu tout le succès désirable chez la malade dont j'ai rapporté l'observation. Dans les deux autres cas de guérison qu'il a obtenus, M. Fouquier a pratiqué une ouverture très étroite avec un trois quarts : il a eu le soin de ne retirer qu'une petite quantité du pus après la première ponction. Le foyer du mal a été vidé graduellement, et ce procédé a complètement réussi. M. Fouquier préfère n'évacuer la suppuration que partiellement, afin de s'opposer aux effets du contact de l'air avec le foyer de l'abcès dans le cas d'ouverture large et profonde. La plaie était recouverte de charpie, enduite de cérat et d'un cataplasme.

La suppuration par l'intestin ne donne lieu à aucune indication spéciale. Il importe seulement de soutenir les forces du sujet, et de prévenir, aussitôt que possible, les funestes effets d'une débilité progressive, entretenue, d'une part, par la longue durée de la maladie, et, de l'autre, par la répétition des selles diarrhéiques et des sueurs nocturnes.

Il importe aussi de ne pas permettre aux malades d'abandonner trop tôt le lit.

La marche ne doit être permise que longtemps après la suppression de la suppuration et de la douleur. Dans une affection aussi grave ce n'est pas trop d'appeler à son aide toutes les plus minutieuses attentions.

Je n'ai pas eu la prétention de donner la monographie complète de la psoïte; mais j'ai pensé que les faits relatés dans ce mémoire pouvaient être utiles à l'histoire de cette maladie. C'est dans ce but seulement que j'ai demandé une place pour eux, dans le Journal de médecine.

De la contracture et de la paralysie idiopathiques chez l'adulte, par MM. J.-P. Tessier et E. Hermel.

La maladie qui va nous occuper présente deux formes principales: 1° la forme *contracture*, et 2° la forme *paralysie*. Du moins, nous l'avons observée sous ces deux faces.

Hâtons-nous de dire que cette maladie n'est point nouvelle. Dance l'observa chez l'adulte et la décrivit sous le nom de *tétanos intermittent* (1). Dans le traité de l'arachnitis de MM. Martinet et Parent du Châtelet, on trouve des observations qui paraissent se rapporter à la même maladie: M. Tonnelié la nomma *Nouvelle maladie convulsive des enfants*, dans un mémoire qu'il publia sur plusieurs observations qu'il avait recueillies (2). Quelque temps après M. Constant fit paraître un travail sur le même sujet (3) d'après les leçons de M. Guersent père. Le même observateur publia de nouveaux faits cinq années plus tard (4). Il existe aussi un mémoire de M. Murdoch (5) et plusieurs travaux de De la Berge (6) sur la même maladie également observée sur des enfants. Or, dans ces diverses recherches, il n'est à peu près question que de la forme *contracture*. MM. Rillet et Barthez, dans leur traité clinique et pratique des maladies des enfants (7), ont décrit sous le titre de paralysie essentielle ce que nous appelons la forme paralytique de la même maladie.

« Les auteurs anglais, Underwood, Marshall Hall, Badham et Kennedy ont, disent-ils (8), décrit une forme de paralysie spéciale aux enfants, et qui nous paraît devoir être rapprochée de la contracture essentielle. Il est à regretter toutefois que la maladie n'ait pas été décrite d'une manière plus complète et ses caractères distinctifs établis plus clairement. »

Ils en rapportent une observation fort intéressante. On peut voir qu'en rapprochant la paralysie de la contracture, ces auteurs pressentaient l'existence d'un lien entre ces deux affections. Du reste, cette paralysie a déjà été décrite par Sauvage (9) sous le titre de paralysie intermittente. Mais il est juste de dire que la forme *paralytique* est beaucoup moins connue que la forme *contracture*.

Or, cette maladie ayant été déjà décrite, pourquoi appeler sur elle l'attention des observateurs? Le voici: c'est que cette maladie, qui était au moins d'une rareté extrême chez les adultes, s'est montrée beaucoup plus fréquente chez eux depuis la fin de l'hiver et le printemps de l'année dernière (1842); c'est que l'histoire

---

(1) *Archives générales de médecine*, 1831; tom 26, pag. 190 et suiv.

(2) *Gazette médicale*, 1832, janvier.

(3) *Gazette médicale*, 1832, février.

(4) *Gazette des hôpitaux*, tom. 2; n°s 56 et 57 : année 1837.

(5) *Journal hebdomadaire*, tom. 8; pag. 417 et suiv.

(6) *Journal hebdomadaire*, tom. 2; pag, 161, 246, 289, et *Compendium de médecine pratique*, par De la Berge et Monneret, 8e liv., art. *Convulsion*, pag. 494.

(7) Paris, 1843.

(8) *Loc. cit.*, tom. 2; pag. 333.

(9) *Nosolog. méthod. amstelodami*. 1768, in-4°, tom. 1er; pag. 798, 799.

n'en est point encore faite suffisamment ni au point de vue théorique ni sous le rapport pratique; c'est qu'enfin l'existence même en est ignorée de la plupart des médecins.

Du reste, nous ne chercherons point à en présenter la description complète. Nous nous bornerons, quant à présent, au rôle d'observateurs; autrement nous ne ferions que poser une foule de questions sans pouvoir les résoudre d'une manière claire et évidente.

§ 1er. — FORME CONTRACTURE.

1re OBSERVATION.—*Contracture des extrémités, traitée par les vomitifs, guérison rapide* (1), *marche rémittente.*

Le 8 avril 1843, le nommé Piquant Puzin, servant les maçons, entra à la salle Sainte-Madeleine de l'Hôtel-Dieu et fut couché au n° 20.

Habitant Paris depuis un an, il n'avait point encore été malade, lorsqu'il y a environ un mois, il s'aperçut dans les moments où il était inoccupé, que les pouces de ses mains se fermaient involontairement, tantôt alternativement, tantôt simultanément. Quelquefois les index, mais surtout celui de la main droite, éprouvaient cette flexion involontaire, le plus souvent en même temps que le pouce. Elle commençait toujours par les articulations extrêmes. Il ne ressentit aucun engourdissement, aucune douleur dans ces parties; il n'eut point de sentiment de froid ni de chaleur, la sensibilité resta la même, le tact, le toucher ne furent point modifiés. Il surmontait facilement et sans douleur cette flexion forcée, aussi continua-t-il à travailler jusqu'au 7 avril. Le soir de ce jour, les doigts médius, annulaires et auriculaires des deux mains furent affectés de la même contraction devenue plus forte dans l'ordre suivant : les pouces, l'index, le médius, l'annulaire et l'auriculaire; les poignets eux-mêmes participèrent à cette contraction qu'il ne pouvait plus vaincre. Presque en même temps, les coude-pieds des deux côtés s'étendirent, le talon se releva, la pointe du pied fut abaissée et les doigts se contractèrent; une douleur vive, continue, sans élancements, sans secousses, sans crampes, survint dans les parties affectées. Il passa la nuit dans cet état, presque privé de sommeil, ne put retourner à son travail le lendemain et entra le soir à l'hôpital.

Le 9 avril, lorsque nous l'examinâmes, il nous donna les renseignements qui précèdent et nous ne pûmes attribuer le développement de sa maladie à aucun défaut d'hygiène ou de température auquel il n'ait été exposé habituellement sans en être incommodé; il n'avait fait aucune espèce d'excès, disait-il. Voici les symptômes qu'il nous présentait : aux mains, flexion des doigts et du poignet avec une contracture telle qu'il fallait une certaine force pour la vaincre. La violence exercée pour rétablir les doigts ou le poignet dans leur rectitude naturelle était un peu douloureuse, surtout quand le bras était dans l'extension : les muscles fléchisseurs de l'avant-bras n'offraient point les saillies d'une contraction énergique volontaire pour développer une force motrice, ils n'avaient aucune dureté. La sensibilité était un peu exaltée; le tact, le toucher n'étaient point modifiés; on ne voyait aucune rougeur, aucun gonflement des mains. Il accusait une douleur vive, continue, à laquelle il n'assignait aucun siége précis. Aux pieds on voyait les talons relevés, la pointe baissée, les doigts contractés et l'arcade plantaire exagérée; il y éprouvait les mêmes douleurs qu'aux mains, et les muscles de la jambe n'étaient ni tendus, ni durs.

L'état général du malade était peu modifié : ses yeux étaient brillants, le visage n'était point plus coloré qu'il ne devait l'être habituellement; ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était l'agitation continuelle de ses membres et une anxiété légère manifestée dans toutes ses poses. Quand il parlait, la langue me paraissait un peu embarrassée; je ne vis aucun autre symptôme morbide. Il n'avait pas de fièvre, le pouls était grand, plein et battait à peine 70 pulsations à la minute.

On prescrivit deux grammes d'ipécacuanha dans un litre d'eau, avec addition d'un centigramme de tartre stibié et la diète.

Le lendemain, 10 avril, il avait eu plusieurs vomissements et plusieurs selles; il était presque guéri; la main gauche seule conservait encore un peu de contracture aux doigts index,

(1) Cette médication que l'on doit à M. Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, compte déjà plusieurs succès évidents.

médius et annulaire. Les pieds n'éprouvaient aucune gêne. On prescrivit de la limonade et deux portions d'aliments.

Le 13, le mieux avait continué, il était guéri de tous les symptômes, les mouvements de la langue étaient parfaitement libres.

Le 14, en s'éveillant le matin, il s'aperçut qu'en étendant les doigts de la main gauche une force irrésistible les fléchissait peu à peu. A la main droite, l'auriculaire, l'annulaire et le médius étaient contractés, l'index pouvait rester étendu ainsi que le pouce, mais celui-ci était amené dans une adduction involontaire. La contraction portait surtout sur les articulations extrêmes, les poignets ne l'éprouvaient point non plus que les pieds. Il se plaint d'éblouissements fréquents; la langue me paraît un peu embarrassée comme la première fois. On prescrivit de nouveau l'ipécacuanha et le tartre stibié.

Le 15, les doigts sont plus extensibles, ce sont les mêmes qui sont affectés dans les mêmes mouvements. Il sent aujourd'hui une douleur quelquefois lancinante aux deux tiers inférieurs de la jambe gauche à la partie médiane dans le trajet du nerf, douleur exaspérée par la pression. A droite il est pris en ma présence d'une crampe violente dans le mollet; crampe que je fis cesser en redressant fortement le pied, en appuyant la paume de la main droite sur la face plantaire et la paume de la main gauche sur le coude-pied. Même prescription.

Le 16. Hier des crampes se sont renouvelées dans les jambes et n'ont plus reparu dans la nuit ni ce matin. La main droite est parfaitement libre, la gauche présente encore de la raideur dans les trois doigts, index, médius et annulaire. On cessa l'ipécacuanha.

Le 17. Il éprouva encore quelques crampes dans la jambe droite; la main du même côté est restée libre, celle du côté gauche éprouve encore de la difficulté dans l'extension de l'index, du médius et de l'annulaire.

Le 18. La même raideur existe dans les mêmes doigts de la main gauche. Les doigts, index, médius et annulaire de la main droite sont légèrement fléchis seulement à l'articulation métacarpo-phalangienne. Pendant la nuit il a senti des douleurs assez vives dans la main gauche: la chaleur du lit les augmentait. Il n'a éprouvé ni contracture ni crampes dans les pieds ni dans les jambes. Je ne remarquai plus ce léger embarras de la langue dont j'ai parlé plus haut. On prescrivit de nouveau l'ipacacuanha et le tartre stibié.

Le 19. Il n'avait plus qu'une douleur légère et continue dans l'index, le médius et l'annulaire de la main gauche, cette douleur s'exaspère quand le malade veut étendre les doigts lorsque le bras est étendu, il ne peut les redresser complètement que quand il est à demi-fléchi; les mouvements et la pression augmentent un peu ses douleurs. On lui donna de la limonade et deux portions d'aliments.

Le 20. Il était dans le même état.

Le 21. Il nous dit que, dans la journée d'hier vers midi, les pouces des mains furent amenés dans une adduction forcée. Ce jour fut très orageux; y eut-il une influence? Aujourd'hui il va très bien et peut même étendre tous les doigts de la main gauche le bras étant étendu, ce qu'il ne faisait point les jours précédents. Limonade, aliments, deux portions.

Les 22, 23, 24, 25, 29. Le mieux s'est continué; le malade est-il guéri complètement? C'est ce que nous ne pouvons affirmer encore.

IIe OBSERVATION. — *Contracture des extrémités. — Type rémittent. — Diverses médications.*

Trentin (Frédéric), âgé de 17 ans, apprenti menuisier, sentit il y a un an des engourdissements dans les deux mains, mais surtout dans la droite. Il était très fatigué alors, car il faisait des journées de 18 heures, nous dit-il. Un mois après avoir ressenti ces engourdissements, ses doigts se fléchirent, ses mains se fermèrent et il ne pouvait redresser ses poignets contractés. Du reste, l'état de sa santé était parfait.

Il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne; on lui fit une saignée à chaque bras, on lui mit des sangsues à la partie postérieure du cou, puis des ventouses, et successivement des ventouses et des sangsues aux membres affectés. Il alla beaucoup mieux et voulut sortir 12 jours après, parce qu'on ne lui donnait pas assez à manger à son gré. Il exécutait tous les mouvements, mais il avait peu de force.

En rentrant chez son maître il fut obligé de travailler de suite; au bout de deux jours, il sentit de vives douleurs dans les deux bras, et ses mains se fermèrent de nouveau. Il rentra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, où un seul jour de repos, sans aucune médication, le rétablit. Cependant on ne le laissa sortir que huit jours plus tard.

Il avait repris son travail depuis un mois, lorsque la même maladie revint. Il fut reçu à la

Pitié où on lui donna des bains de vapeur, des bains sulfureux, du sulfate de quinine. Il fut guéri en quinze jours.

Pendant sept mois il n'avait rien éprouvé, lorsqu'en février 1842, il fut atteint de la même manière par la même maladie. Admis à la salle Saint-Lazare de l'Hôtel-Dieu, on lui donna des bains de vapeur, des pilules dont il ignore la composition, et il sortit guéri après douze jours.

Un mois plus tard, le 17 mars 1842, il entra à la salle Sainte-Madeleine, souffrant déjà depuis quinze jours de douleurs, de fourmillements dans les bras et de contracture des mains. Il n'avait pas joui de plus de quinze jours de rémission. Cette fois on voulut essayer le galvanisme.

Le 18. Une aiguille fut placée de chaque côté du cou à l'origine des plexus-brachiaux, une autre aux muscles extenseurs des doigts des deux bras. Il reçut successivement les secousses de dix couples d'une pile à auge pendant dix minutes; une sueur générale s'établit; le mouvement des poignets et des doigts revint, mais il éprouvait encore des fourmillements et de la raideur.

Le 21 et le 22, il fut soumis au même traitement; les douleurs disparurent complètement, il recouvra sa force et ses mouvements.

Le 26, récidive légère. Les doigts de la main droite étaient un peu contractés; il y avait senti quelques fourmillements. Les deux mains étaient froides et un peu cyanosées. Point de prescription.

Le 28. Les doigts, les mains et les bras l'avaient fait beaucoup souffrir les jours précédents; il avait éprouvé des fourmillements et des crampes, la contracture était revenue. Cependant, après qu'on avait étendu successivement les mains et les doigts, il pouvait les maintenir dans cette position; mais, s'il les fermait, il ne pouvait plus les étendre. Il fut galvanisé de la même manière que précédemment, et aussitôt après il s'en servit parfaitement.

Le lendemain 29, on recommença, bien que l'amélioration de la veille eût persisté.

Le 30. Les doigts se contractèrent de nouveau. Voyant que par l'électro-puncture on n'obtenait qu'un succès momentané, on lui fit faire des frictions avec la teinture de cantharides affaiblie par l'huile d'amandes douces.

Le 4 avril, ses doigts étaient entièrement étendus, il avait recouvré ses forces et ses mouvements.

Il continua ses frictions avec le même avantage jusqu'au 8 du même mois. Ce jour-là, il fut pris de frissons, de fourmillement et de faiblesse dans les jambes et dans les bras avec contracture des mains.

Le lendemain 9, il n'y paraissait plus. Six jours après, 15 avril, il n'avait plus rien éprouvé et demanda à sortir se croyant guéri. Nous ne l'avons plus revu.

Il est remarquable que cette maladie qui avait paru céder à tous les traitements employés ait récidivé sous leur influence même. Cela tient au type rémittent qu'elle affectait.

IIIe OBSERVATION.—*Contracture suivie de paralysie.—Guérison incomplète.*

Le 26 mars 1842, est entré à la salle Sainte-Madeleine de l'Hôtel-Dieu, le nommé Chauvet, âgé de 18 ans, terrassier.

Il nous rapporte que, vers le 16 de ce mois, il sentit beaucoup d'engourdissement et de la raideur dans la jambe droite. Pendant trois ou quatre jours il continua à travailler, mais il éprouvait de violentes douleurs lancinantes dans les deux mollets surtout à droite. Cet état augmenta graduellement.

Le 25, il ne put se lever. Les deux jambes, la droite surtout, étaient tellement engourdies et contractées qu'il ne pouvait exécuter aucun mouvement, et que, pour les mouvoir dans son lit, il les soulevait avec les mains. Il entra le lendemain à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée, il éprouvait des crampes qui lui faisaient pousser les hauts cris; la pression était douloureuse surtout sur les trajets nerveux; on ne pouvait changer les jambes de place, sans provoquer de vives douleurs. Il était dans un état d'éréthisme spasmodique indicible, ne pouvant tolérer le transport du brancard sur lequel il était arrivé au lit qu'on lui destinait. Il avait eu de la céphalalgie dont il ne se plaignait plus. Son pouls était fréquent, plein, développé. La face et la partie supérieure de la poitrine étaient colorées, les yeux animés. Depuis plusieurs jours, il était constipé; il urinait facilement. On essaya de faire cesser ces

crampes douloureuses par le galvanisme. Deux aiguilles à acupuncture furent placés à chaque mollet; il reçut avec grande impatience les secousses de dix couples d'une pile à auge, pendant dix minutes. Ces secousses exaspérèrent les douleurs, et provoquèrent une sueur qui ne le soulagea point. On lui ordonna une infusion de bourrache et un bain de vapeur.

Le 28. Au lieu de la contracture des membres inférieurs, on observa une résolution complète. On lui prescrivit des pilules de calomel 0,75 centigrammes, opium 0,02 centigrammes.

Le 29. Il n'avait pas été purgé; le pouls était plus calme. Du reste il était dans la même position. On continua les mêmes pilules.

Le 30. La jambe droite et la cuisse étaient un peu œdématiés, d'un blanc mât et luisant. Les pilules n'avaient point encore agi, on les continua.

Le 31. Il éprouvait des fourmillements dans les jambes. Il n'avait point uriné, on le sonda. Les pilules n'avaient pas vaincu la constipation; cependant il se plaignait de coliques, et quelques instants après la visite, il eut une selle involontaire fort abondante. - On prescrivit une potion avec tartre stibié 0,40 centigrammes.

Le 1er avril. Même état, il n'a pas eu de nouvelles selles; micion facile.

Le 2. Amélioration : il exécute quelques mouvements à droite, la jambe gauche reste immobile, mais la pression n'y développe plus de douleurs. Il a eu trois selles et des vomissements; il a bien uriné.—On continua la potion.

Le 4 avril. Nouvelle constipation. Le malade continue à uriner seul. Il a ressenti de nouvelles douleurs très violentes, dans les membres inférieurs, aux lombes, douleurs qui augmentaient par la pression sur les vertèbres lombaires. Il se tient toujours dans la même position : couché un peu sur le côté droit, la jambe droite demi-fléchie, posant sur son côté externe; la gauche, appuyée sur sa face postérieure, est plus immobile et plus insensible encore que la droite.—Tartre stibié.

Le 5. Il y a eu deux selles: il urine bien, il n'a plus ressenti de douleurs et exécute quelques mouvements très bornés.—Tartre stibié.

Le 6. Les douleurs avaient reparu. On étendit de force la jambe droite, ce qui fut très douloureux seulement pendant quelques instants. On ordonna des frictions sur les membres avec l'onguent mercuriel.

Du 7 au 12, on continua ce traitement, et on obtint une amélioration légère. On eut recours alors aux bains de vapeurs, jusqu'au 18. L'amélioration continua mais ne fit plus de progrès.

Il n'y avait plus de constipation, plus de douleurs dans les membres; mais la résolution persistait. On employa le galvanisme: une aiguille fut placée aux lombes, une autre à la partie moyenne du mollet gauche, une autre au bord externe du pied droit. Les secousses de trente couples qui lui furent donnés pendant six minutes lui causèrent de très vives douleurs.

Il fut galvanisé ainsi tous les deux jours jusqu'au 27 mai. Il acquit progressivement de la force et quelques mouvements. La jambe gauche était libre, mais la droite, qui peut se fléchir complétement, ne peut s'étendre de même. Quand elle est demi-fléchie, il ne peut relever la pointe du pied ni mouvoir les doigts, ni poser encore sa jambe à terre. On lui ordonna des douches d'eau froide, le 30 mai.

On continua l'usage de ces douches, sur la tête et la colonne vertébrale, jusqu'au 12 juin; il en prit douze sans obtenir aucune amélioration.

Le 15 mai, on revint à l'usage du galvanisme. Il obtint alors peu à peu assez de mieux pour se tenir presque debout sur le bord de son lit, et lancer sa jambe en avant, à la hauteur du genou. Il fut galvanisé trois fois par semaines, jusqu'au 25 juillet. A cette époque il pouvait marcher avec des béquilles. Ne faisant plus de progrès par ce moyen thérapeutique, on employa des frictions avec un mélange, à parties égales, d'huile d'amandes douces et de teinture de cantharides, ce qui n'eut aucun effet avantageux. Depuis ce temps il est resté dans le même état, se promenant dans l'hôpital avec des béquilles et jouissant d'ailleurs d'une santé parfaite. Il est sorti vers le mois de septembre, pour retourner dans son pays.

(*La fin au prochain numéro.*)

Affections gastro-intestinales de forme bilieuse, *observées pendant l'été à l'infirmerie de la Salpêtrière; service de M. Beau; par* M. Neucourt, *interne des hôpitaux.*

Il existe chez les vieillards certaines affections gastro-intestinales que les anciens avaient confondues avec celle que l'on nomme actuellement fièvre typhoïde, mais qui doivent en être complètement distinguées pour entrer dans un cadre particulier. Telle est la maladie qui fait l'objet de ce mémoire.

Il est bon d'observer que cette maladie ne se présente pas tous les ans avec la même forme et la même intensité. L'état atmosphérique tout particulier de l'année 1842 eut une grande part dans la marche et la fréquence des accidents. Toutefois, cette maladie n'est pas rare, car Pinel la décrit lorsqu'il parle de l'embarras gastrique, de la fièvre gastrique, et dit l'avoir observée à plusieurs reprises à la Salpêtrière; mais il ne donne que peu de détails à ce sujet. M. Prus m'a dit l'avoir observée plusieurs fois à peu près semblable à celle de 1842, et M. Beau ayant consulté M. Rostan à ce sujet, ce professeur qui a longtemps observé à la Salpêtrière, lui a assuré avoir vu cette maladie d'été se présenter souvent avec les mêmes symptômes.

M. Dechambre, interne des hôpitaux, a publié dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (numéro de novembre 1834) l'histoire d'une épidémie qui a régné à la Salpêtrière en 1834 pendant les mois de mars et d'avril. L'auteur considère cette affection comme dérivant du tube digestif; ainsi il dit : « Le plus souvent un vomissement verdâtre ou de matières alimentaires ouvrait la scène. Cependant il n'annonçait pas toujours que l'irritation allait se fixer dans les premières voies ; car souvent il cessait pour être remplacé par les signes d'une autre affection qui devenait ensuite prédominante. Mais il n'en était pas toujours ainsi : quelquefois les symptômes se maintenaient dans l'estomac et le duodénum. »

Il y a une très grande différence entre l'affection décrite par M. Dechambre et celle que j'ai observée en 1842. La première a paru en hiver (mars et avril), tandis que l'autre s'est déclarée dans les plus fortes chaleurs de l'été. Dans les cas observés par M. Dechambre il y avait souvent complication de pneumonie ou d'un état adynamique très grave : dans celle que j'ai vue, il n'y a jamais eu de pneumonie, et rarement on observait une adynamie profonde. Enfin, des autopsies assez nombreuses ont permis dans le premier cas d'observer plusieurs fois un boursouflement avec injection des plaques de Peyer : dans le second, on n'a pu constater aucune lésion, car on n'a pas eu l'occasion de faire des autopsies.

L'épidémie dont je vais parler a eu lieu dans l'été de 1842. Depuis le commencement de juillet jusqu'à la fin d'août, la chaleur fut excessivement forte et continue : le thermomètre marqua plusieurs jours de suite 32° à l'ombre. C'est à peine si, pendant ces deux mois, il tomba de la pluie deux ou trois fois et en petite quantité. Pendant tout le reste du temps le ciel était parfaitement pur.

Un état atmosphérique si peu commun dans sa persistance détermina l'apparition d'un très grand nombre de fièvres typhoïdes chez l'adulte, au point même de donner naissance à une sorte d'épidémie. Cette maladie affecta principalement les individus de la classe ouvrière, en raison des travaux pénibles auxquelles ils sont assujettis.

Comme d'habitude, les vieillards en étaient complètement exempts, et sur un service de plus de cinquante lits, il ne se présenta pas un seul cas qu'on pût raisonnablement rapporter à la fièvre typhoïde.

Lors de l'apparition de la maladie chez l'adulte, c'est-à-dire dans le mois de juillet, c'est à peine si on comptait quelques rares malades parmi les vieillards; mais, depuis le commencement d'août jusqu'à la fin du mois, il s'en présenta un

grand nombre, et presque toutes les femmes qui vinrent à l'infirmerie étaient atteintes d'un dérangement notable des fonctions digestives, tel que je vais l'indiquer.

Symptômes. — L'altération dominante, la seule même dans un grand nombre de cas, était un désordre des fonctions de l'estomac, désordre qui se traduisait par différents symptômes.

Ainsi, un grand nombre d'entre nos vieilles malades arrivaient avec un embarras des premières voies : la langue était couverte d'un enduit blanc, assez souvent teinte en jaune, quelquefois elle n'avait aucun enduit et était d'un aspect tout naturel. L'enduit jaune ne se présentait que quand il y avait eu des vomissements, et il est à présumer que la fréquence si grande de cet enduit vient de l'habitude de faire vomir lorsqu'il existe des signes d'embarras gastrique. Du moins, dans un service où cette médication était peu en usage, le chef de service, M. Briquet, m'a fait remarquer combien était rare cette coloration jaune de la langue lorsqu'il n'y avait pas eu de vomissements, soit spontanés, soit provoqués par l'art. — J'ai fait la même remarque à la Salpêtrière : lorsque les malades arrivaient sans avoir vomi, avec un enduit blanc de la langue, cet enduit devenait jaune après le vomissement. Si, après quelques jours, l'enduit persistait sans qu'il y eût de vomissement, la langue redevenait blanche. Cependant il y a quelque cas dans lesquels l'enduit jaune existe en l'absence de tout vomissement ou persiste plusieurs jours après qu'il a eu lieu ; mais ces cas m'ont paru infiniment plus rares qu'on ne le croit généralement. Enfin, dans d'autres cas, la langue ne présentait aucun enduit pendant toute la durée de la maladie.

Avec cet état de la langue, la bouche était amère, pâteuse ; il y avait une soif plus ou moins vive, mais jamais excessive. Toujours des nausées, et très souvent des vomissements de matières vertes ou jaunes, qui donnaient une amertume insupportable à la bouche. L'appétit était perdu, il y avait un dégoût prononcé pour tous les aliments, mais plus particulièrement pour la viande , avec désir des boissons acidulées. Souvent les malades se plaignaient d'un poids, d'une anxiété à la région épigastrique, qui disparaissaient en même temps que les autres symptômes, et qui augmentaient par la pression : ce phénomène n'était pas constant. Dans la plupart des cas de cette espèce, il y avait une constipation datant de plusieurs jours ; ordinairement du début de la maladie. La céphalalgie était quelquefois intense. Le pouls, rarement précipité, conservait très souvent son état normal. Cinq ou six fois le pouls s'éleva et la peau fut brûlante ; mais le plus souvent elle était à l'état normal, ou bien elle devenait le siége d'une transpiration plus ou moins abondante.

Dans aucun cas il n'y eut de complication, ni du côté de la tête, ni du côté du thorax.

Cet état particulier survenait peu à peu sans cause connue. L'appétit se perdait ; la malade éprouvait des malaises généraux, et, voyant qu'elle ne se rétablissait pas, elle se décidait à entrer à l'infirmerie.

Dans une autre forme de l'affection, la malade était prise subitement, et, ce qui est remarquable, presque toujours au milieu de la nuit, de vomissements opiniâtres d'aliments, puis de matières bilieuses, jaunes ou vertes , avec diarrhée très abondante de matières liquides de même couleur, ou plus souvent grises ou blanches. La diarrhée s'accompagnait de coliques violentes, de véritables tranchées, qui tourmentaient beaucoup les malades, et sur lesquelles elles appelaient tout d'abord l'attention du médecin.

Cette forme, la plus fréquente de toutes, était remarquable par la rapidité de son invasion. Le début avait lieu par un vomissement opiniâtre qui survenait au milieu de la plus parfaite santé. D'autres fois il y avait des prodrômes, consistant en inappétence, malaises généraux, soif plus vive datant de plusieurs jours, et ayant fixé l'attention des malades.

Cette période de vomissements ne se prolongeait pas habituellement au-delà de quelques heures : mais la terminaison définitive n'était pas toujours la même. Ainsi, chez le plus petit nombre, après cette secousse, tout rentrait dans l'ordre ; et au bout d'un jour ou deux, les malades reprenaient leurs habitudes. Quelquefois cette solution s'accompagnait d'une sueur abondante. Dans d'autres cas, les accidents persistaient pendant plusieurs jours ; c'est-à-dire que les vomissements et les garde-robes continuaient à avoir lieu. Si cet état se maintenait, il survenait de l'accélération du pouls, de la chaleur à la peau qui était tantôt âcre et mordicante, tantôt humide et sudorale. Enfin, quelquefois on voyait les vomissements cesser, et la diarrhée persister pendant plusieurs jours, puis la maladie se terminer complètement. Mais le plus souvent, à la suite de ces vomissements et de ces garde-robes abondantes, les malades offraient la première forme de la maladie, c'est-à-dire l'embarras des voies digestives, avec perte de l'appétit et nausées continuelles. Cette forme consécutive pouvait se terminer d'elle-même par quelques jours de repos, ou bien la convalescence, ne marchant que lentement, nécessitait l'emploi des remèdes appropriés à la première forme dans laquelle elle rentrait nécessairement.

Il est arrivé plusieurs fois que, la maladie étant incomplète, il n'y avait que des vomissements ou de la diarrhée. Quand elle se bornait à des vomissements, souvent elle s'accompagnait de coliques occasionnées par le défaut de garde-robes qu'un purgatif rétablissait. Mais la terminaison était plus rapide et plus franche, lorsque la maladie se bornait à de la diarrhée.

Enfin, ces différentes formes pouvaient être plus graves. Plusieurs fois la diarrhée se rapprocha de la forme dysentérique ; elle était d'abord très abondante, composée de matières muqueuses ; puis les selles cessaient presque complètement pour être remplacées par un ténesme violent.

Plusieurs formes de maladies gastriques entièrement différentes, pour l'aspect, de celles que je viens d'exposer se présentèrent également dans le même temps. Doivent-elles être distraites du tableau de cette épidémie et considérées comme en étant entièrement indépendantes ? Ou bien, doivent-elles être regardées comme des formes particulières engendrées par le même génie épidémique ? Je pencherais pour cette dernière opinion. Quoi qu'il en soit, voici ces maladies telles qu'elles ont été observées.

Une femme, âgée de 79 ans, avait des nausées, quelques vomissements et de la constipation. Il y avait en même temps inappétence complète datant de huit jours ; pouls fréquent, à 80; peau chaude, sans sueurs. On donna un vomitif qui soulagea momentanément, mais au bout de deux jours, la malade se trouva plus mal. Il y avait sécheresse de la langue, soif vive, nausées, inappétence, sans diarrhée; pouls à 80, peau chaude, affaiblissement de la malade. On donna encore un gramme d'ipécacuanha qui fit rendre une grande quantité de matières bilieuses vertes, puis le lendemain quinze grammes d'huiles de ricin. Le jour suivant, la langue redevint humide, mais elle resta blanche pendant quelque temps. L'appétit revint peu à peu, et la malade finit par se rétablir.

Je citerai encore l'observation d'une femme qui présenta les symptômes très marqués de la fièvre adynamique et qui guérit. Ce cas m'a paru assez curieux pour être rapporté en entier.

Lepreux, Marie, 74 ans, femme assez grasse, d'un tempérament naturellement vif, est tombée malade le 17 août, environ quinze jours avant son entrée à l'infirmerie. Il paraît qu'elle venait d'éprouver des chagrins assez vifs, auxquels elle est disposée à attribuer sa maladie. Lorsqu'elle devint malade, elle fut prise d'une faiblesse générale très grande, ce qui la frappa beaucoup, et l'affecta singulièrement, attendu que d'habitude elle était fort vive. En même temps l'appétit se perdit; la bouche se sécha, une soif vive se manifesta. Il n'y eut ni nausées, ni diarrhée.

Elle resta dans cet état pendant plus de quinze jours, espérant qu'elle irait mieux, ne

mangeant pas, ne prenant même pas du bouillon. Bientôt son état empira : il ne lui fut plus possible de se remuer dans son lit, et alors elle se décida à venir à l'infirmerie.

Entrée le 6 septembre, elle est dans l'état suivant : affaissement très marqué, somnolence habituelle, pas de céphalalgie, mais tête lourde, mauvais sommeil, langue brune et sèche, soif très vive (trois pots de tisane) ; pas de nausées, pas de vomissements ; appétit complètement perdu, selles normales, pas de douleur dans l'abdomen, peau sèche et brûlante ; pouls régulier, assez fort ; 85 ; battements du cœur réguliers, sans bruits anormaux, sans impulsion. Le côté gauche du thorax paraît donner, en avant et au-dessus de la région précordiale, un son un peu plus obscur que partout ailleurs. Respiration bonne partout, même puérile dans les grandes inspirations.

Le 7, même état.

Prescription.—Un pot de petit-lait avec 10 centigrammes de tartre stibié. Deux pots de limonade. Diète absolue.

Le 8, la malade a eu plusieurs vomissements, selles abondantes ; elle va sous elle. Depuis hier il n'y a pas eu d'urines. Cependant la percussion ne donne pas de matité au-dessus du pubis. La langue est brune et sèche ; l'appétit nul ; il y a encore eu plusieurs selles ce matin. Soif toujours vive, désir des boissons acidulées. Somnolence habituelle : cependant la malade a toute sa présence d'esprit, et répond très nettement aux questions, 75 pulsations régulières, médiocrement développées. Chaleur presque normale. Tendance des extrémités à se refroidir. Les traits de la face ne sont pas altérés, mais il y a un très grand abattement. Même état du thorax qu'hier.

Deux pots de limonade citrique, un pot de limonade vineuse ; vin de Bagnols, 120 grammes. Diète absolue.

Le 9, état général plus satisfaisant : moins de prostration, pouls à 75, régulier, de force médiocre, sommeil la nuit ; langue blanche et humide, soif moins vive.

Même prescription, plus 15 grammes d'huile de ricin.

Le 10, le mieux se soutient : il y a eu plusieurs garde-robes.

Même prescription, moins l'huile de ricin.

Le mieux continue les jours suivants. La coloration de la face renaît. La langue s'humecte et devient blanche, puis se nettoie. Appétit : plus de soif, selles normales.

Le 17, la malade est en pleine convalescence ; les forces reviennent rapidement.

Une portion d'aliments.

Quelques jours après la malade sort entièrement guérie.

Il est digne de remarque que, pendant ces chaleurs excessives et si opiniâtres, malgré la fréquence des embarras du tube digestif, malgré des vomissements abondants et d'une violence souvent effrayante, il n'y ait pas eu de complication du côté du cerveau.

Dans les cas les plus graves, tout s'est borné à une simple céphalalgie. On peut même dire qu'à aucune époque de l'année il n'y eut chez les vieillards aussi peu de maladies de l'encéphale que pendant le temps que dura cette sorte d'épidémie ; on ne vit pas, en effet, une seule femme mourir par le cerveau à cette époque. Résultat remarquable dans tous les temps, mais bien étonnant dans cette saison particulière, pendant laquelle plusieurs causes réputées favorables à la production de ces maladies se trouvaient réunies : c'est-à-dire la chaleur excessive, l'embarras du tube digestif, qui, d'après la théorie, aurait dû réagir sympathiquement sur le cerveau ; enfin, la secousse mécanique du vomissement.

De tels faits doivent inspirer de sérieuses réflexions et faire moins craindre l'emploi des vomitifs dans les cas d'affection de l'encéphale, lorsque, d'ailleurs, ce moyen est indiqué par les symptômes concomitants, et alors même qu'on serait sûr d'avoir affaire à une hémorrhagie cérébrale.

Causes. — Quant à l'étiologie de la maladie, il est certain que la cause déterminante n'est autre chose que la chaleur de la saison. Ces conditions donnent lieu, d'une manière qui nous est complétement inconnue, à une prédisposition particulière, en vertu de laquelle les causes occasionnelles les plus faibles, lorsque toutefois il en existe, produisent la maladie.

D'après les observations, ces causes occasionnelles ou déterminantes sont : l'im-

pression d'un air froid, le corps étant en sueur ; l'ingestion de fruits non parvenus à leur maturité, ou même de fruits mûrs, mais en trop grande quantité ; il y a eu deux cas dans lesquels l'affection a été manifestement développée par cette dernière cause. Enfin, si on s'en rapportait aux malades, il existerait une multitude d'autres causes auxquelles il est probable qu'on ne doit pas attacher une grande importance, car on peut croire que, dans le plus grand nombre de cas, il y a eu simple coïncidence plutôt que rapport de cause à effet.

Traitement.— Il n'est pas besoin de chercher bien loin pour trouver le meilleur traitement à prescrire dans cette affection. Il suffit, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, d'observer attentivement la nature et de profiter de ses leçons, de l'aider dans ses efforts, et de suppléer à son action lorsqu'elle n'est pas assez puissante.

Or, qu'observe-t-on? Il y a des nausées fréquentes; si des vomissements surviennent, la malade est soulagée, et souvent complétement guérie. Si une diarrhée bilieuse abondante se produit et dure quelques jours, la malade se rétablit également. Ces phénomènes pathologiques peuvent donc être considérés comme une véritable crise de la maladie ; crise que l'on doit favoriser, et provoquer, si la nature n'est pas assez forte par elle-même pour amener cette heureuse terminaison.

Cela est tellement vrai que si la crise ne survient pas, soit naturellement, soit provoquée par l'art, la maladie traîne en longueur, l'appétit ne revient pas, les nausées continuent, la malade est sans force; et cet état qui aurait pu ne durer que deux ou trois jours se prolonge indéfiniment. De plus, en consultant l'expérience, on voit manifestement que, par la médication évacuante, on a obtenu d'excellents résultats.

Il n'en est pas qui satisfasse davantage le médecin et dont l'emploi soit suivi d'un mieux plus marqué. Il est certain qu'abandonnée à elle-même, la maladie se serait terminée heureusement dans l'immense majorité des cas, mais l'observation prouve d'une manière incontestable que la médication indiquée a toujours procuré du soulagement ; et, sauf deux ou trois cas dans lesquels il n'a été que momentané, on peut dire que la maladie a commencé à décroître à partir du lendemain de l'administration du vomitif.

Que de fois n'est-il pas arrivé de voir entrer une femme avec une langue blanche, une amertume insupportable de la bouche, l'appétit nul, des nausées et quelquefois des vomissements, un malaise général datant de sept à huit jours pendant lesquels la malade n'avait rien pris. Un vomitif était donné, et le lendemain la plupart des symptômes avaient disparu ; la malade avait dormi, était calme, n'éprouvait plus ni nausées ni malaises, et demandait à manger !

Le changement était tel qu'on ne pouvait l'attribuer à autre chose qu'au vomitif. Et les malades ne s'y méprenaient pas; car, malgré le désagrément réel que leur faisait éprouver l'administration du vomitif, et qui aurait dû les indisposer contre une médication si peu de leur goût, loin de se plaindre, elles remerciaient le médecin de les avoir si rapidement débarrassées. Presque toujours, leur première parole était pour demander à manger ; car, disaient-elles, elles sentaient de l'appétit, ce qui ne leur était pas arrivé depuis huit à dix jours, c'est-à-dire depuis le début de leur maladie.

Telle était la méthode de traitement qui réussissait lorsque les voies supérieures étaient affectées primitivement ; ou bien, lorsqu'à la suite de vomissements abondants la malade n'était pas remise et avait continué à sentir de l'amertume à la bouche, avec des nausées, sans que l'appétit revînt. On donnait un gramme d'ipécacuanha ou cinq centigrammes de tartre stibié. Presque toujours l'administration du médicament était suivie de vomissements abondants. Quelquefois il n'y en avait que trois ou quatre ; les matières étaient verdâtres ou

jaunâtres. Il était fréquent de voir des selles abondantes accompagner les vomissements à la suite de l'administration du vomitif; et même, dans environ un tiers des cas, le vomitif n'agissait qu'en procurant des selles abondantes et nullement comme vomitif. Je n'ai pas déterminé d'une manière rigoureuse si cet effet était plutôt produit à la suite de l'administration du tartre stibié qu'à la suite de l'ipécacuanha, mais il m'a semblé que l'un et l'autre pouvaient également procurer cette évacuation.

Dans aucun des cas très nombreux qui ont été traités il n'y a eu l'apparence d'un accident, soit immédiat, soit consécutif. Quand la malade était atteinte de hernie, ce qui, comme on le sait, n'est pas rare dans la vieillesse, on avait soin de recommander de la maintenir exactement par le bandage pendant que le vomissement avait lieu.

Le soir même de l'administration du remède, il y avait presque toujours une très grande fatigue sans qu'on pût apprécier l'action du médicament; mais la nuit était presque toujours calme, et la malade dormait. Le lendemain, le mieux signalé plus haut était visible. Dans quelques cas l'administration d'un second vomitif était nécessaire, lorsque les symptômes reparaissaient au bout de deux ou trois jours.

Lorsque le vomitif n'avait pas provoqué de selles, le mieux n'était pas si marqué; alors, on faisait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, ou bien de l'huile de ricin, depuis quinze jusqu'à trente-cinq grammes, et on obtenait ainsi, en deux jours, ce qu'on aurait eu de suite si l'évacuation avait été complète.

Lorsque les nausées et les vomissements étaient accompagnés de constipation, on réussissait parfaitement en donnant un éméto-cathartique consistant en un pot de petit-lait avec dix centigrammes de tartre stibié. Ce moyen manquait rarement de procurer des vomissements et des selles abondantes.

Lorsqu'on emploie un médicament, il faut bien en étudier l'action avant de se prononcer d'une manière absolue. Ce principe, d'une vérité triviale, trouve une application remarquable dans la thérapeutique qui nous occupe actuellement. L'indication que l'on cherche à remplir, lorsqu'on donne un vomitif, est des plus simples : l'action est des plus certaines; et il semble que tout soit dit, une fois que le médicament est administré.

Cependant il n'en est pas ainsi : souvent le vomitif manque son effet, et il ne fait pas vomir; d'autres fois, comme il a été dit plus haut, il procure simplement des selles; souvent il provoque des vomissements simples, sans garde-robes; enfin, un seul vomitif peut être insuffisant, et la maladie en réclamer un second. — Si on s'arrête après la première tentative, si on néglige de donner un second vomitif lorsqu'un premier a été insuffisant, si on ne sollicite pas les garde-robes lorsqu'elles ont manqué, si, enfin, on ne fait pas produire au médicament tout ce qu'il peut produire, avant de l'accuser de l'insuccès, il faut s'en accuser soi-même, et ne pas rejeter sur l'instrument les fautes de l'opérateur.

On voit donc que la manière de traiter variait suivant la forme de la maladie; ainsi, dans quelques cas rares cités plus haut, lorsqu'il y avait complication d'adynamie, à la méthode évacuante on a joint les toniques.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette maladie, comme il a été dit plus haut, c'est qu'elle était, pour ainsi dire, la seule qu'on observât en été chez les femmes âgées de la Salpêtrière. La différence d'influence de deux saisons offre, même à cet égard, un contraste des plus frappants dont on n'a pas d'idée, si on ne l'a pas vu et observé soi même.

Tant que durent les chaleurs on n'a affaire qu'à cette maladie si simple, le plus souvent si bénigne, et si facile à traiter. Mais aussitôt que les froids surviennent, la scène change complétement. Les salles, presque vides, se remplissent de malades. Les affections les plus diverses, les plus compliquées, et dont la marche

est tellement insidieuse qu'on ne saurait trop insister sur l'examen le plus attentif, viennent assaillir et surprendre le médecin.

C'est d'abord l'interminable série des affections pulmonaires, désignées sous les noms d'*asthme, catarrhe* et *emphysème pulmonaire.*

Ce sont toutes les affections cérébrales qui, quoi qu'on puisse en penser, sont infiniment plus graves et plus nombreuses pendant les grands froids que pendant les grandes chaleurs.

C'est encore la pneumonie, état pathologique toujours imminent dans les grands froids, toujours se reproduisant avec une facilité désespérante, déjouant toutes les prévisions du médecin, inappréciable quelquefois à tous les moyens d'investigation, même à ceux fournis par l'auscultation et la percussion ; tantôt lente, tantôt rapide dans sa marche, enlevant la malade au troisième ou au quatrième jour ; mais, plus souvent encore, la faisant périr après que le danger paraît passé, parce que la résistance vitale n'est pas assez considérable pour permettre le rétablissement des forces, après une secousse aussi violente.

Telles sont, par opposition à la maladie d'été dont on a lu la description, les principales affections que l'on observe en hiver. J'ai cherché, en présentant ce petit tableau, à faire comprendre, autant que je le pouvais, l'immense différence qui existe, pour le vieillard, dans ces deux conditions si opposées ; différence bien connue de tous ceux qui ont vu Bicêtre et la Salpêtrière, mais qu'on ne peut rencontrer nulle part ailleurs aussi nettement dessinée, parce que nulle part il n'existe une aussi grande réunion de vieillards.

REVUE CRITIQUE.

UN MOT SUR LE MAL DE MER, *sa nature et son traitement.*

Sous ce titre, le Bulletin de thérapeutique a présenté une explication du mal de mer, empruntée à un littérateur (1) qui n'est point médecin, mais qui a beaucoup navigué, a longtemps éprouvé ce mal, et a pu en analyser toutes les angoisses. Selon cette théorie, deux causes principales produisent le mal de mer ; la première est le vertige qui résulte du bouleversement des lois de la perspective. La seconde cause n'est autre que le soulèvement des intestins que le roulis et le tangage refoulent vers la poitrine dans la position verticale. Le diaphragme réagit, presse l'estomac, et de là les vomissements. Le meilleur moyen de s'y opposer c'est de combiner sa respiration avec le mouvement du navire de telle sorte que le moment où les poumons s'emplissent corresponde au moment où les intestins montent vers la poitrine. L'explication nous paraît trop se rapprocher de celle donnée par M. Keraudren pour mériter le nom de nouvelle, et quant au remède que l'inventeur *donna au diable comme cent fois pire que le mal*, il n'aura probablement pas grands succès ; aussi nous n'insisterions point davantage, si l'article ne contenait à ce propos une assertion historique qui, ayant déjà été répétée par un autre journal, nous paraît mériter quelque examen.

Une chose bien remarquable, y est-il dit, *c'est que dans aucun auteur de l'antiquité il n'est fait mention de cette atroce maladie. .... Serait-ce que réellement ce mal était inconnu dans l'antiquité ; cela nous semble très probable. Comment alors expliquer ce fait ?*

Nous sommes heureux de pouvoir dissiper les incertitudes de l'auteur de l'article. Les anciens, Grecs et Latins, ont parlé et beaucoup parlé du mal de mer. N'est-ce point à eux que nous devons le mot *nausée*, *nausea* ναυσία dérivé de ναῦς vaisseau ? Ce mot, nous apprend Plutarque (Symposiacon. lib. 6, quest. 8), qui exprimait d'abord le mal d'estomac que l'on éprouve sur un navire et en navigant, fut ensuite par habitude appliqué à tout mal semblable, quelle qu'en fût d'ailleurs la cause. *Homère, Virgile*, continue le journal de thérapeutique, *qui racontent avec un si grand luxe de détails les longues pérégrinations maritimes de leurs principaux héros, n'ont point un seul vers pour dire les angoisses provoquées par une mer houleuse.* Mais serait-il donc fort aisé de trouver dans les poètes français quelque allusion au mal de mer ? pendant

(1) M. Granier de Cassagnac, *Voyage aux Antilles.*

que nous cherchons vainement dans nos classiques modernes, voici qu'il nous revient en mémoire un passage d'un classique latin : Horace (épît. 1, liv. 1, v. 92) se moquant du pauvre qui veut imiter l'inconstance du riche et se donner aussi les airs de voyager :

« Quid pauper ? ride. Conducto navigio æque *Nauseat*, ac locuples, ducit quem priva triremis. »

Concevant à la rigueur le silence de la poésie, lit-on plus loin, *nous avons recherché dans les médecins anciens si cette omission était réparée ; mais point. Les Grecs, les Latins se taisent également : Pline lui-même qui raconte tant de sornettes, qui fait de la nature tout entière une immense officine où chaque maladie trouve cent remèdes infaillibles, n'en signale aucun comme propre à combattre le mal de mer*. Cependant Celse (liv. 1, chap. 1, sect. 8) n'oublie point dans ses préceptes hygiéniques celui qui a navigué, « et *nausea* pressus est. » Pline, lui-même, comme pour se venger de la mauvaise opinion qu'a de lui notre confrère, ne donne qu'un seul remède, celui de boire de l'absinthe.

« *Nauseas maris* arcet in navigationibus potum absinthium. (Liv. 27, ch. 7.)

Et de plus il contient un passage remarquable sur le parti qu'on peut tirer en thérapeutique des vomissements produits par le *roulis* du vaisseau. (Liv. 31, chap. 6.) « Neque enim Ægyptus propter se petitur, sed propter longinquitatem navigandi. Quin et vomitiones ipsæ in stabili *volutatione* commotæ plurimis morbis capitis, pectoris medentur, omnibusque propter quæ elleborum bibitur. »

Quant aux littérateurs, ils ne s'en occupent pas moins que les savants. Cicéron craint la nausée et pour lui et pour les siens. Aussi quelque plaisir qu'il ait à revoir un de ses plus chers amis, il lui recommande bien de ne se mettre en mer que dans la belle saison : « Ne *nauseæ* molestiam suscipias æger, et periculose hyeme naviges. » (Lettres, liv. 16, lettre 11.)

Sénèque, après s'être fié à une mer tranquille, se voit surpris par un gros temps. Le voilà tellement tourmenté qu'il veut à tout prix et malgré tous les dangers qu'on le mette à terre : « Pejus vexabar quam ut mihi periculum succurreret : *nausea* enim me segnis hæc et sine exitu torquebat quæ bilem movet nec effundit. » A peine se voit-il près de la terre, qu'il se jette tout habillé à l'eau pour atteindre plus vite le rivage ; et sur terre il a bientôt oublié tout son mal. « Ut stomachum quem scis cum mari *nauseam* effugere collegi. » (Lett. 13) Et ailleurs dans sa lettre 108 veut-il bafouer ces précepteurs de morale qui ne mettent point leurs leçons en pratique. « Non magis mihi potest talis prodesse præceptor, quam gubernator in tempestate *nauseabundus*. Tenendum est gubernaculum, luctandum cum ipso mari ; quid me potest adjuvare rector navigii attonitus et *vomitans?* »

Enfin, pour ne point multiplier plus longtemps les citations, terminons par ce passage de Petrone qui pourrait servir d'épigraphe au tableau de Biard : « Acclinatus lateri navis exonerabat stomachum *nausea* gravem (1). »

OBSERVATION D'ABCÈS DU CERVEAU ; *absence de contracture, de paralysie et d'anesthésie.*

Les recherches modernes ont singulièrement avancé le diagnostic des maladies de l'encéphale, et en particulier de ses phlegmasies et de ses ramollissements. Cependant, dans un certain nombre de cas, les prévisions de la science contemporaine sont en défaut ; ce qui prouve qu'il faut apporter encore une grande réserve dans l'interprétation des phénomènes dits pathognomoniques de la phlegmasie et du ramollissement du cerveau. Une observation fort remarquable de M. Gouzée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, vient corroborer notre opinion.

Un jeune soldat, d'une forte constitution, faisait un service assez pénible par une température de 24° Réaumur, lorsqu'il fut pris tout à coup de céphalalgie violente, sans avoir fait chute et sans avoir éprouvé de violence extérieure. A ces douleurs vint se joindre un strabisme ; les objets qu'il regardait lui paraissaient doubles.

Pendant tout le temps que M. Gouzée observa le malade, il n'y eut d'autres accidents que les suivants : élancements de la région frontale très vifs, sujets à exacerbation, s'irradiant dans les autres parties du crâne, et accompagnés de cris très aigus ; déviation de l'œil gauche en dedans ; dilatation des pupilles ; vue double et un peu confuse ; pouls lent, déprimé, à 48 ; chaleur normale.

Aucune trace d'altération soit de la sensibilité, soit de la motilité n'a été constatée. M. Gouzée déclare qu'il n'a reconnu ni mouvements spasmodiques, ni gêne, ni affaiblissement paralytique des muscles de la face et des membres ; les fonctions de l'intelligence, hors un peu d'exaltation pendant les douleurs, jouissaient de toute leur intégrité. Les organes de l'ouïe ne présentaient rien d'anormal. Il n'y avait de remarquable, du côté de l'appareil digestif, qu'un appétit vif ; une fois un vomissement

---

(1) Cet article était composé lorsque nous avons rencontré dans la Gazette médicale de Montpellier une réclamation semblable à laquelle nous nous associons complètement.

bilieux eut lieu; les selles et les urines étaient comme dans l'état de santé.

Des sangsues appliquées à plusieurs reprises aux jugulaires, de nombreuses ventouses scarifiées à la nuque, des révulsifs aux extrémités inférieures, n'amenèrent aucun changement dans l'état du malade.

Le troisième jour de son entrée à l'hôpital, le vingt-cinquième du début de l'affection, il succomba tout à coup en poussant des cris, sans agonie, sans qu'aucun trouble de l'intelligence, aucune trace de convulsion ou de résolution paralytique des membres aient marqué ses derniers moments.

L'autopsie cadavérique, faite 27 heures après la mort, révéla dans la profondeur du cerveau, vers la partie inférieure du lobe moyen de l'hémisphère droit, l'existence de deux foyers isolés, l'un supérieur, l'autre inférieur, ayant les dimensions d'une petite noix, et contenant du pus d'un blanc légèrement verdâtre, inodore, homogène, qui s'écoulait comme de la crème à leur ouverture; leurs parois, dans lesquelles on ne put reconnaître de kyste, étaient légèrement anfractueuses et se perdaient, après quelques lignes de ramollissement grisâtre, dans le tissu sain. Le ventricule latéral droit était entièrement effacé; le gauche contenait une grande quantité de sérosité limpide. Les méninges et les autres parties de l'encéphale, ainsi que les organes de la poitrine et de l'abdomen, ne présentaient rien qui s'éloignât de l'état normal.

Voilà donc une suppuration de l'encéphale que traduisaient, pendant la vie, de la céphalalgie, des cris aigus et du strabisme. Ce dernier phénomène s'était même dissipé quelques jours avant la mort. De pareils accidents ne pouvaient faire soupçonner une telle altération organique; ils semblaient plutôt annoncer une méningite qu'une phlegmasie de la pulpe cérébrale. Cette observation démontre donc, comme tant d'autres déposées dans les annales de la science, la difficulté d'établir le diagnostic différentiel de l'inflammation du cerveau et de ses enveloppes, vérité que quelques pathologistes contemporains ont essayé, mais en vain, de discréditer. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers.*)

DE L'EMPLOI AVANTAGEUX DU COLOMBO *dans les vomissements nerveux.*

Un praticien distingué, qui a publié de nombreux travaux sur la thérapeutique, M. le docteur de Breyne, proclame bien haut les vertus anti-vomitives de la poudre de racine de colombo, condamnée depuis longtemps à un oubli, à ce qu'il paraît, immérité. L'auteur emploie ce remède depuis plus de vingt-cinq ans, avec le plus grand succès, contre les vomissements réputés nerveux, c'est-à-dire indépendants de toute altération organique appréciable de l'estomac. Une grande expérience l'autorise à croire que, dans l'espèce, ce précieux médicament est doué d'une sorte de spécificité qui approche de celle du quinquina dans les fièvres intermittentes; il estime que, dans cinquante cas au moins, cette poudre n'a pas manqué une seule fois d'arrêter ou de suspendre les vomissements, et le plus souvent dès les premiers moments de son emploi; il en a vu s'arrêter le premier jour de l'administration de ce remède, quoiqu'ils durassent depuis des années, et qu'ils fussent journaliers.

A l'appui de son opinion, aussi chaleureusement exprimée, sur la puissance anti-vomitive de cette médication, M. de Breyne rapporte plusieurs observations de vomissements nerveux, qui ont cessé rapidement pendant qu'on administrait la poudre de racine de colombo.

M. de Breyne donne chaque jour à ses malades 4 grammes de colombo en poudre, qu'ils prennent en trois prises, délayées dans deux ou trois cuillerées de vin rouge ou dans du pain à chanter. Ce médicament est administré seul dans les cas de vomissements idiopathiques, coïncidant avec une grande faiblesse de tout l'organisme. On lui associe quelquefois avec avantage les calmants opiacés, dans le cas de coïncidence d'une irritation spasmodique, 2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; mais les opiacés seuls sont presque toujours insuffisants, les faits rapportés par M. de Breyne le prouvent. Enfin si l'on rencontre des aigreurs incommodes, on peut ajouter encore la magnésie, à la dose de 15 grammes.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE *dans le traitement du tétanos idiopathique.*

La belladone n'a point encore été employée pour combattre la dangereuse maladie convulsive, connue sous le nom de tétanos. Cette affection, lorsqu'elle se montre sous forme idiopathique, c'est-à-dire lorsqu'elle ne semble consister que dans une pure perversion de l'action nerveuse, a été traitée par un grand nombre de médications, qui ne paraissent pas exercer une influence notable sur ses terminaisons. Le praticien se trouve donc fort embarrassé pour attaquer efficacement cette forme du tétanos qui, le plus, souvent, se développe sous l'influence du froid humide, des fatigues excessives, et des affections morales tristes.

La faculté que possède la belladone de modifier, en l'affaiblissant, la propriété contractive de certains muscles, a conduit le rédacteur du *Bulletin de thérapeutique* à tenter

l'emploi de ce médicament pour combattre le tétanos idiopathique, qui consiste, symptomatiquement parlant, en une contracture d'une portion plus ou moins étendue de l'appareil musculaire.

L'auteur rapporte trois cas de tétanos essentiel, qui se sont terminés d'une manière heureuse, par le retour complet à la santé, à la suite de l'administration de la belladone. La maladie, dans chacun de ces cas, avait été combattue antérieurement par les diurétiques, les diaphorétiques ou les antiphlogistiques, sans succès aucun, lorsque ce narcotique fut donné à l'intérieur, sous forme d'extrait, d'abord à la dose de 5 centigrammes, qu'on doubla les jours suivants. Chez l'un de ces malades, un délire tranquille, accompagné de quelques troubles de la vue, se déclara le second jour; chez les deux autres, aucune altération de l'intelligence ne précéda la cessation des convulsions toniques.

DES ACCIDENTS SYMPATHIQUES *qui accompagnent la première dentition, et de l'utilité de l'application locale des sangsues au voisinage des gencives pour les faire disparaître.*

Il existe encore beaucoup de vague et de confusion sur l'origine et la nature des accidents gastro-intestinaux et cérébraux fort graves qu'on observe à l'époque de la première dentition. Quelques pathologistes établissent un rapport de cause à effet entre la dentition difficile, douloureuse, et le développement de ces désordres si redoutables, qu'ils regardent comme un pur effet sympathique; d'autres pensent qu'il n'y a qu'une simple coïncidence entre ces deux manifestations pathologiques, caractérisées par des lésions fluxionnaires ou phlegmasiques, que favorise l'organisation particulière des membranes muqueuses et du parenchyme encéphalique des enfants. Les partisans de chacune de ces opinions se conforment dans leur pratique à ces interprétations des accidents des voies digestives et de l'appareil cérébro-spinal. Il est donc très important de connaître la vérité sur ce point.

M. le docteur Senné a cherché à éclairer ce point important de la pathologie de l'enfance, dans un mémoire qui ne manque pas d'intérêt.

On sait que c'est au moment où les dents canines cherchent à traverser le tissu gingival que les accidents gastro-intestinaux apparaissent assez souvent avec une violence marquée. Alors l'enfant refuse le sein, il est pris de fièvre, de vomissements, et des selles opiniâtres ont lieu. Un amaigrissement croissant de jour en jour se déclare; des convulsions violentes se manifestent, ou un affaissement général et de la somnolence arrivent. Si en ce moment on examine la bouche, on trouve des traces évidentes de fluxions phlegmasiques sur les gencives et la muqueuse buccale. Ce travail morbide de la dentition a précédé les troubles gastro-intestinaux et cérébraux, qui ne se sont montrés que lorsque les altérations gingivales sont arrivées à leur summum d'intensité; en outre, les accidents digestifs et cérébraux disparaissent complétement et rapidement avant la cessation complète du travail de la dentition, qui survit pour disparaître lui-même aussitôt après que les canines auront rompu leurs enveloppes. En présence de pareils faits, n'est-on pas conduit à penser que les gencives et la muqueuse buccale sont le foyer d'où partent les désordres encéphaliques et digestifs? Dès lors, n'est-ce pas contre cette cause de tous les désordres sympathiques qu'il faut agir, si l'on veut enrayer le mal dans sa source, à son origine?

Les bains, les cataplasmes émollients sur le ventre, les lavements calmants, les sangsues à l'anus ou derrière les oreilles, M. Senné conseille de les mettre de côté comme insuffisants pour arrêter ces accidents généraux. Il veut qu'on modère directement l'intensité du travail fluxionnaire des gencives et de la muqueuse buccale, principe de toutes les sympathies morbides qui existent. C'est même, d'après lui, cet excès de stimulus qui s'oppose à l'accomplissement de la fonction : en le diminuant d'une manière immédiate, on hâte la sortie de la dent; il arrive à ce résultat par l'application directe de quelques sangsues.

Hippocrate et Hamilton avaient déjà dit qu'en pareil cas il fallait employer la saignée locale; mais ni l'un ni l'autre ne semblent désigner le lieu de l'application.

Il faut placer les sangsues, au nombre de deux à huit selon l'âge et la force du sujet et l'intensité des accidents, à la région maxillo-linguale et dans la gouttière qui longe le bord interne de la mâchoire inférieure, lorsqu'il s'agit de dents inférieures, et un peu au-dessus de la lèvre supérieure, dans le cas où les dents de cette région sont le siége du travail fluxionnaire. Dans l'incertitude du siége de la fluxion, et si l'intensité de l'inflammation le requiert, on fait les deux applications à la fois. Ce n'est pas au moment où le malade n'est encore que légèrement indisposé qu'il faut agir; car plus tard on serait obligé de revenir à la saignée, et l'enfant pourrait être trop faible pour supporter une nouvelle émission sanguine. Ce n'est que plus tard, alors que la gencive sera tuméfiée et que les accidents gastro-intestinaux et cérébaux auront acquis un certain degré de gravité qu'il faudra recourir aux sangsues.

M. Senné rapporte les observations de six

enfants atteints de troubles gastro-intestinaux et encéphaliques au moment de leur dentition difficile et douloureuse; cinq ont été traités d'après cette méthode et ont guéri très promptement; un seul n'y a pas été soumis, et il a succombé. (*Bulletin de thérapeutique.*)

DES ACCÈS CATALEPTIFORMES *et de la fièvre intermittente dus à la présence des vers; guérison par le calomel uni au semen-contrà.*

Dans ces derniers temps, on a généralement regardé comme des fables les accidents nerveux graves, que les pathologistes des siècles antérieurs au nôtre rapportaient à la présence des vers dans les intestins. Sans doute, à une époque où le diagnostic médical était moins avancé qu'aujourd'hui, on a pu exagérer l'influence délétère, sur le système nerveux, de ces animalcules, et établir un rapport de cause à effet là où l'on devait admettre seulement une simple coïncidence. Mais est-ce une raison pour refuser aux vers intestinaux toute espèce de faculté de troubler d'une manière profonde l'innervation, et pour regarder comme non avenues toutes les observations rapportées par les auteurs recommandables, dans le but de prouver cette relation étiologique? Nous ne le pensons pas. Les annales médico-légales belges contiennent deux observations qui viennent à l'appui de notre manière de voir.

Dans la première, il s'agit d'une belle et fraîche paysanne, qui tout d'un coup, et sans signe précurseur aucun, se sent frappée d'une perte complète de toute volition, d'une espèce d'impuissance générale des fonctions soumises à l'empire de la volonté; elle voit et entend, mais sans pouvoir s'en rendre compte; elle se sent clouée sur place comme si une main de fer l'étreignait; elle veut crier, entend sa voix, mais la sent expirer dans le gosier. Ces accès *cataleptiformes*, durant d'une à trois minutes, la surprennent en tout lieu et en toute circonstance; ils se terminent moins brusquement qu'ils ne commencent, car il lui reste pendant quelques minutes un sentiment d'hébétude et de gêne inexprimables. Pendant l'accès, qui a lieu souvent sans témoins, s'il y a des assistants et s'ils font des efforts pour réveiller la malade, malgré le désir qu'elle en éprouve, elle ne peut céder à leurs interpellations.

M. Grommelinck s'était livré aux investigations les plus minutieuses pour éclairer le diagnostic, et l'étiologie de cette affection, lorsque le hasard vint le servir en lui permettant d'être témoin d'un de ces accès. A part l'immobilité précitée de la malade, ce médecin remarqua un phénomène qui, pour lui, fut un trait de lumière : les pupilles, d'habitude à un état de dilatation ordinaire, se dilatèrent subitement, mais à tel point qu'elles effacèrent presque complètement l'iris. Dès lors il soupçonna chez cette fille une affection vermineuse. Il prescrivit immédiatement du calomel uni à du semen-contrà, et dans l'espace de trois jours la malade rendit au-delà de cent vers (ascarides) de six à huit pouces de longueur. A partir de ce moment, on ne vit plus reparaître les accès cataleptiformes.

A une époque très rapprochée de la première, le docteur Grommelinck eut une autre occasion d'étudier les singuliers effets de la présence des vers sur le système nerveux.

Un jeune garçon de 8 ans était en proie à un accès quotidien de fièvre algide, parfaitement caractérisée. La fièvre se reproduisait à heure fixe, et parcourait lentement, mais avec violence, les trois périodes. Cet enfant avait été vacciné, il avait eu la rougeole, la coqueluche; les parents ne savaient à quoi attribuer la maladie. M. Grommelinck hésitait lui-même, ne voulant pas voir dans cette affection une fièvre intermittente franche. Or, *l'excessive dilatation des pupilles* fut encore ce qui mit le médecin sur la voie de la cause du mal. Il profita de ce phénomène morbide pour questionner la mère, et n'en ayant obtenu que des réponses négatives, n'en persista pas moins dans sa première opinion.

Voici donc ce qu'il prescrivit à cet enfant :

Calomel...... 5 décigrammes;
Semen-contrà. 6 —
Miel .... 32 grammes,

à prendre en trois fois.

A deux heures de l'après-dîner, le petit malade avait expulsé par les selles environ cinquante vers (ascarides) de quatre à six pouces de longueur; l'accès fébrile, qui se manifestait ordinairement à midi, ne se déclara qu'à sept heures et demie du soir, et ne fut ni long ni fort. Le lendemain il alla plusieurs fois à la selle, et chaque fois avec accompagnement d'une douzaine de ces animalcules. La mixture fut encore continuée, mais à de plus longs intervalles et par mesure de précaution. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

Nous n'attachons pas une aussi grande valeur seméiologique à la dilatation des pupilles pour le diagnostic de l'affection vermineuse que M. Grommelinck. Toutefois, on est obligé d'avouer que ce sagace praticien en a tiré un grand parti, puisqu'il a pu remplir les indications si précises d'un vieil adage thérapeutique : *sublatâ causâ tollitur effectus.*

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

COMPOSITION ET PROPRIÉTÉS DE L'HUILE DE FOIE DE RAIE.

Personne aujourd'hui ne conteste l'énergie d'action sur l'économie animale des préparations iodiques et leur utilité thérapeutique ; mais un fait qui mérite de fixer l'attention des praticiens est le suivant : il paraît que l'iode qui se trouve le plus souvent à l'état d'iodure de calcium ou de potassium, dans certains produits naturels comme dans l'éponge, les fucus, l'huile de foie de raie et de morue, peut avoir une action utile à des doses extrêmement faibles et ne pas présenter alors les inconvénients de cet agent héroïque employé à hautes doses. Les recherches de MM. Girardin et Preissier sur l'huile de foie de raie viennent corroborer cette opinion.

L'huile de foie de morue et l'huile de foie de raie sont employées depuis longtemps à Hambourg, en Belgique, en Hollande, pour combattre le rachitisme, les affections scrofuleuses, goutteuses, rhumatismales; on les a aussi essayées à l'extérieur en frictions sur la peau, contre la phthisie laryngée, etc.

Le docteur Kopp, de Hanau, soupçonna le premier l'existence de l'iode dans l'huile de foie de morue, et Hopfer de l'Orme, pharmacien de la même ville, constata, en 1837, la vérité de cette supposition. Hausmann, de Atens, dans le Oldenbourg, de son côté, et à la même époque, arriva au même résultat. Depuis, L. Gmelin, en 1840, et W. Stein, en 1841, ont confirmé cette découverte par de nouvelles expériences, et, d'après Gmelin, l'iode existe dans l'huile de morue à l'état d'iodure de potassium. Aucun des chimistes précédents n'a, du reste, déterminé dans quelles proportions existe l'iode dans cette sorte d'huile.

L'huile de foie de raie, qui paraît posséder les mêmes propriétés médicales que l'huile de morue et qui lui est même préférée par plusieurs médecins de la Belgique et du nord de la France, n'avait point encore été examinée chimiquement, c'est ce qu'ont fait MM. Girardin et Preissier, sur de l'huile remise par M. le docteur Vingtrimer, qui l'emploie fréquemment et qui l'avait lui-même préparée en faisant bouillir dans l'eau le foie de raie. L'huile vient bientôt nager à la surface de l'eau ; on la décante et on la clarifie par le repos et de nouvelles décantations.

Voilà sans contredit la meilleure manière d'agir lorsqu'on voudra employer l'huile de foie de raie ou l'huile de foie de morue. Car celle qu'on trouve dans le commerce est souvent falsifiée avec l'huile de poisson, ou bien elle est tellement rance que les malades en sont bientôt dégoûtés.

Cette huile nouvellement préparée a une couleur jaune-clair, son odeur rappelle celle de l'huile de baleine ou de sardine fraîche.

Sa densité est de 0,928 ; elle ne rougit pas le papier de tournesol.

Par son exposition au contact de l'air, elle laisse déposer une matière blanche concrète, séparée de cette matière par la filtration, l'huile claire en fournit bientôt une nouvelle quantité. Après quatre ou cinq filtrations successives, l'huile ne se trouble plus sensiblement ; elle est devenue beaucoup plus limpide et son odeur est moins prononcée.

Cette matière blanche, déposée par l'huile de raie, a les mêmes caractères que celle qui se sépare de l'huile de baleine du commerce.

L'huile de raie ne cède rien à l'eau. 100 gr. d'alcool, à 89° centésim., dissolvent, à la température de + 10°, 1 gr. 5 d'huile, et le même alcool bouillant en dissout 14 gr. 5.

Elle est beaucoup plus soluble dans l'éther, 100 parties d'éther bouillant dissolvent 88 parties d'huile, dont la majeure partie se dépose par le refroidissement.

Le chlore gazeux, qui se colore si rapidement en brun-foncé, les huiles animales de baleine, de sardine, de morue, n'exercent aucune action semblable sur l'huile de raie ; celle-ci conserve sa couleur jaune, même après une demi-heure de contact avec un courant de chlore ; elle garde son odeur, mais elle laisse déposer plus promptement la matière blanche concrète.

L'acide sulfurique concentré colore l'huile de raie en rouge clair. En agitant le mélange après un quart-d'heure de contact, il acquiert une couleur violette foncée. L'huile de morue prend rapidement une teinte noire par l'action d'un peu d'acide sulfurique froid.

L'acide azotique ne change pas sensiblement la nuance de l'huile de raie, tandis qu'il colore en brun orange l'huile de morue.

L'huile de raie clarifiée forme, avec la potasse caustique, un savon mou jaunâtre, très soluble dans l'eau. La dissolution, traitée par l'acide tartrique, laisse surnager des acides gras, solides, margarique et oléique ; la liqueur filtrée retient beaucoup de glycérine et d'acide phocénique d'une odeur fort désagréable.

Dans l'huile de foie de raie, de même que dans l'huile de morue, il existe de l'iode à l'état d'iodure de potassium ; mais ce sel est en proportion plus forte dans la première de ces huiles.

Voici comment ce résultat a été prouvé : 250 grammes d'huile de raie ont été saponifiés par une solution de soude caustique à 25° en

excès, en faisant chauffer sans bouillir jusqu'à combinaison parfaite, et en évaporant le tout jusqu'à siccité. Le savon a été charbonné avec précaution dans un creuset fermé, et vers la fin de la carbonisation, on a ajouté assez de carbonate d'ammoniaque pour carbonater l'excès de soude caustique contenu dans le mélange. Le résidu charbonneux a été épuisé par de l'alcool à 96° bouillant, et les liqueurs alcooliques évaporées a siccité, ont laissé un léger résidu salin, déliquescent à l'air, consistant en iodure de potassium pur. L'huile de raie a donné 0 gr., 18 d'iodure de potassium par litre, tandis que l'huile de morue n'a fourni que 0 gr. 15.

L'huile de morue, sur laquelle on a agi comparativement, avait une odeur repoussante, et était colorée en brun foncé. Comme de toutes les espèces d'huiles de morue c'est la plus foncée en couleur qui est la plus riche en iode, ainsi que les expériences de Hausmann le démontrent, on peut donc conclure de ces recherches, que l'huile de raie renferme toujours plus d'iode que celle de morue, et que parconséquent on doit la préférer dans l'usage médical, d'autant plus qu'elle est infiniment moins désagréable à la vue, au goût et à l'odorat, et qu'on peut la préparer facilement; comme l'huile de raie ne contient, d'ailleurs, aucun autre principe actif différent de ceux qui constituent essentiellement les divers corps gras, on a admis jusqu'à ce jour que ce n'est qu'à l'iodure de potassium qu'il faut rapporter son action thérapeutique demontrée par de nombreux observateurs, bien que la proportion de ce sel soit très faible. Mais la grande division de cet iodure dans la masse de l'huile, l'état particulier de combinaison dans lequel il se trouve, doivent singulièrement faciliter son absorption par les tissus, et peuvent ainsi contribuer plus que la proportion absolue de ce sel aux effets marqués que l'huile exerce sur l'économie animale.

Il se peut encore que l'huile iodée n'étant point éliminée de l'économie, comme le sont les autres préparations d'iode solubles, l'action du composé iodique soit ainsi plus lente, plus soutenue, plus régulière, car l'iodure n'est mis successivement en liberté, dans l'économie, qu'à mesure que l'huile est décomposée, ce qui s'opère toujours graduellement.

Outre l'efficacité de l'iodure de potassium il est incontestable que chez certains sujets l'administration journalière d'une certaine quantité d'huile peut heureusement modifier l'économie.

L'existence de l'iodure de potassium dans la graisse des foies de la raie et de la morue est un nouveau rapprochement entre les composés iodiques et plusieurs autres agents de la médication altérante; ne sait-on pas que plusieurs d'entre eux, et cela est surtout vrai pour l'arsenic, se trouvent plutôt dans le foie que dans tous les autres organes.

Sirop de foie de raie.

MIALHE.

Sucre......................	600 gr.
Amandes amères............	50 gr.
Gomme arabique pulvérisée...	50 gr.
Huile de raie...............	100 gr.
Eau pure..................	350 gr.

Broyez d'abord les amandes avec la gomme et environ 50 grammes de sucre, ajoutez ensuite, petit à petit, l'huile préalablement mélangée avec environ 100 grammes d'eau; battez bien et longtemps, ajoutez ensuite, peu à peu, le restant de l'eau qui doit entrer dans le sirop; passez la liqueur émulsive à travers un blanchet, et faites-y fondre le sucre à l'aide d'une température très faible qui ne devra pas dépasser 40° centigr., afin d'éviter la coagulation de la partie albumineuse des amandes. Laissez refroidir et aromatisez ensuite avec eau de fleur d'oranger, 40 grammes.

Ce sirop, bien que renfermant le dixième de son poids d'huile de raie, est aussi peu désagréable que possible; il est miscible à l'eau en toute proportion, à la maniere du sirop d'orgeat, et peut être facilement supporté par l'estomac.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI D'HÉMATOLOGIE PATHOLOGIQUE, par G. ANDRAL, *professeur à la Faculté de médecine de Paris.*—Chez *Fortin et Masson, place de l'Ecole-de-Médecine*, 1. —Prix : 4 fr.

Dans cet ouvrage, M. le professeur Andral a résumé tous les faits auxquels l'ont conduit de longues et laborieuses recherches entreprises depuis plusieurs années avec M. le docteur Gavarret. « Ce n'est point, dit-il, un ouvrage complet et achevé que je prétends livrer au public; tout en continuant mes recherches, j'ai eu le désir d'indiquer où elles en sont, ce qu'elles ont donné, ce qu'il est permis d'en attendre, si on ne se lasse point de les poursuivre. » Espérons que cette lassitude ne s'emparera point de l'auteur dans la haute position où l'ont placé ses travaux et qu'il continuera avec la même persévérance à rouvrir, par des expériences nombreuses et faites sans préoccupation, cette voie de l'humorisme dans laquelle les anciens s'étaient jetés un peu au hasard et que les modernes avaient abandonnée par découragement ou faute d'examen.

Les résultats auxquels M. le professeur Andral est arrivé par l'analyse des principaux éléments du sang sont déjà assez connus pour que nous ne croyions point devoir donner une analyse détaillée de cet ouvrage, qui, par sa forme serrée, ne s'y prête que difficilement; mais il nous a semblé utile de l'examiner sous le côté pratique. Nous ne manquons peut-être pas encore de médecins qui s'en vont murmurant tout bas, comme le dit Baglivi (*de Experimentis circa bilem*), « à quoi servent ces observations pour bien faire la médecine? En quoi cette *anatomie* des liquides peut-elle être de quelque utilité pour le malade ? » Nous répondrons que la médecine ne pouvant se réduire à un aveugle empirisme, les expériences de ce genre, quand elles sont bien faites, conduisent, non point à de vaines théories, mais à connaître d'une manière plus étendue la nature de certaines maladies, à en mieux apprécier les symptômes, et par conséquent à diriger plus sûrement le traitement qui doit être employé. Quelques exemples suffiront pour démontrer la valeur de ces assertions.

Rappelons d'abord que MM. Andral et Gavarret dans leurs travaux précédents ont établi, comme l'avait déjà fait M. Lecanu, que sur 1000 parties de sang humain on obtient en moyenne,

3 de fibrine.
127 de globules.
80 de matériaux solides du sérum où l'albumine seule figure pour 68.
790 d'eau.

Chez les individus bien portants, les variétés que peuvent présenter ces principes constituants du sang sont toujours renfermées dans des limites étroites. Ainsi la fibrine peut osciller entre 2,5 et 3,5, les globules entre 110 et 130. « Mais dans l'état de maladie ces différences deviennent considérables, au point que sur 1000 parties de sang les parties solides prises en masse peuvent s'élever au lieu de 210 (moyenne normale) à 275 ou descendre à 70; d'un autre côté, et c'est ce qui se présente le plus souvent, chacune de ces parties solides peut varier isolément sans que les autres varient. Ainsi, l'on a vu les globules tombés à 27, les autres matériaux restant à l'état normal. Comment ne pas admettre que des changements aussi notables dans le liquide le plus important de l'économie exercent sur l'organisation une grande influence et doivent même intervenir comme cause dans un certain nombre de maladies ? Or, les changements dans les proportions des principes constituants ne sont pas les seuls que l'analyse chimique et l'examen microscopique permettent de découvrir. Sans avoir changé de proportions, les principes normaux du sang peuvent s'être modifiés sous le rapport de leurs qualités et de leurs propriétés physiques. Enfin il peut arriver qu'à la place ou à côté des principes normaux il se soit formé des principes nouveaux que l'on pourrait comparer dans le sang à ce que sont dans les solides les produits accidentels.

L'étude des changements de proportions qui s'est faite au moyen de l'analyse chimique est beaucoup plus avancée que celle des deux autres ordres d'altérations qui sont plus difficiles à saisir, paraissent se rencontrer plus rarement et qui appartiennent spécialement à l'observation microscopique ; ne nous occupons donc que des modifications qui peuvent survenir dans les proportions, et voyons, par exemple, quel parti on peut tirer de cette étude dans une des observations pratiques les plus ordinaires : une saignée a été faite à un individu atteint d'une maladie fébrile non suffisamment déterminée ; la saignée s'est recouverte de ce coagulum jaunâtre connu vulgairement sous le nom de couenne. Quelles indications le médecin peut-il tirer de ce phénomène qui dès longtemps avait frappé les observateurs? Le temps n'est pas éloigné où, sans se rendre compte des causes organiques qui déterminent cette production, on n'y voyait qu'un signe de réitérer les saignées; et combien de fois ce prétendu signe entraîna-t-il le médecin routinier dans une voie funeste au malade ! Les observations de M. Andral nous paraissent répandre sur ce fait longtemps obscur une lumière toute nouvelle : la couenne est formée par une quantité surabondante de fibrine qui s'est coagulée plus lentement et a permis aux globules de se précipiter ; elle se forme toutes les fois que la fibrine se trouve augmentée de proportion par rapport aux globules. Elle existe à l'état normal chez certains animaux, par exemple chez le cheval, parce que chez cet animal la fibrine est, toute proportion gardée, beaucoup plus considérable que chez nous. Chez l'homme, au contraire, cette surabondance de fibrine est toujours le résultat d'une maladie. Cette maladie est le plus souvent une phlegmasie franche. Jamais une maladie de l'ordre des fièvres ne produit cette augmentation de fibrine, quelle que soit l'intensité des accidents fébriles, et si dans une fièvre typhoïde, dans une fièvre éruptive, le phénomène vient à se montrer, on peut être sûr que l'inflammation de quelque viscère est venue se surajouter à la maladie générale. Cependant il est encore un autre ordre de malades chez lesquels la couenne peut se produire, et c'est justement chez ceux dont le sang a perdu ses propriétés stimulantes, chez les anémiques. Chez eux, en effet, les globules ont considérablement diminué, tandis que la fibrine restant en quantité normale se trouve par conséquent surabondante aux glo-

bules restants. Mais dans ce cas exceptionnel la diminution des globules et les symptômes généraux peuvent facilement prémunir contre l'erreur le médecin attentif.

Cette diminution des globules est une des altérations qui traduisent le mieux une souffrance prolongée de l'économie. Quelle que soit la maladie, si elle dure longtemps, elle amène nécessairement au bout de quelque temps cet abaissement dans les globules; et comme l'abaissement des autres principes ne se fait point aussi rapidement, l'apparition de la couenne dans le sang des individus épuisés est un fait assez commun dont M. Andral seul a donné l'explication.

Il y a longtemps qu'on attribue certaines cachexies, certaines hémorrhagies, certaines hydropisies à l'appauvrissement du sang; mais cette expression vague peut-elle mener à une thérapeutique rationnelle si on ne s'est assuré de quel élément le sang s'est appauvri? Quels résultats différents seront observés selon que ce liquide contiendra moins de fibrine, moins de globules ou moins d'albumine que de coutume?

La fibrine est-elle en diminution notable dans le sang? Ce liquide se rapproche de l'état que les anciens avaient qualifié de dissolution; il devient moins propre à se coaguler par le refroidissement, puisque cette coagulation s'opère au moyen de la fibrine qui, formée en réseau, retient les globules dans ses mailles, et dans les vaisseaux mêmes les globules ont plus de tendance à s'échapper avec la sérosité privée de ses principes visqueux; aussi les hémorrhagies deviennent-elles fréquentes et le sang s'échappe en grande quantité par les diverses muqueuses.

Sont-ce les globules au contraire qui ont diminué? Nous avons les symptômes de l'anémie. On observe bien dans cette maladie quelques symptômes analogues à ceux que produit la diminution de la fibrine; on trouve dans l'un et l'autre cas de la faiblesse, des vertiges, de la dyspnée, des palpitations, de la dyspepsie. Mais, dans le premier état qualifié du nom de scorbut, il existe une tendance aux hémorrhagies que l'on ne rencontre plus dans l'anémie, tandis que chez les individus atteints de cette dernière affection, l'affaiblissement du principe stimulant et colorant du sang s'explique la prostration du système musculaire, les perturbations du système nerveux, la décoloration des tissus. De plus, apparaissent avec cette perte des globules, ces bruits de souffle que le cœur et les artères font entendre, et qui manquent chez les scorbutiques.

Enfin, si la proportion d'albumine a baissé, on voit surgir avec rapidité l'hydropisie. Jusqu'à présent cette diminution de l'albumine n'a été trouvée chez l'homme que dans le cas où le sang a perdu de son albumine par le rein (maladie de Bright); ni la diminution des globules, ni celle de la fibrine, ni l'augmentation de la proportion d'eau n'ont jamais paru à M. Andral suffisantes pour produire l'hydropisie. Quel que fût l'appauvrissement du sang, tant que l'albumine restait dans ses proportions normales, on observait à peine chez les malades un léger œdème au pourtour des malléoles, un peu de bouffissure aux paupières, si toutefois il n'existait aucun obstacle à la circulation; mais que le rein vînt à entraîner dans la sécrétion urinaire une certaine quantité d'albumine, d'une manière constante, le malade ne pouvait échapper aux divers épanchements de sérosité dans le tissu cellulaire et les cavités splanchniques.

Chez les individus de l'espèce ovine atteints de la cachexie aqueuse ou hydroémie, la diminution de l'albumine a lieu dans le sang indépendamment de tout écoulement de ce principe par le rein, ce qui vient prouver que l'hydropisie n'est pas sous la dépendance immédiate de la maladie du parenchyme rénal.

Les faits que nous venons d'indiquer ne sont qu'une partie de ceux que contient l'Essai sur l'hématologie. En joignant un peu de compilation aux matériaux qui lui sont propres, M. le professeur Andral eût facilement fait un gros volume; il s'est borné à 186 pages. Mais ce petit livre restera dans les annales de la science et sera lu par tout médecin qui veut suivre le progrès réel. Les anciens avaient compris toute l'importance du rôle que le sang joue dans l'économie, et cette importance est résumée dans une définition de Galien, *chair en puissance*. Mais à l'analyse moderne, revient la gloire d'avoir décomposé cette puissance et d'avoir assigné à chacun de ses éléments l'action qui lui est propre.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'académie a repris une activité dont elle avait manqué le mois dernier. Plusieurs mémoires importants et les discussions auxquelles ils ont donné lieu doivent intéresser tous les médecins qui ne cherchent et n'aiment à se rappeler, dans ses séances, que les travaux propres à étendre la science et qui les séparent nettement de toutes ces productions mensongères que travaillent sans cesse à y substituer des intérêts peu honorables.

Acide arsénieux.

(Séance du 28 mars.)

La sécrétion urinaire est-elle suspendue chez les animaux qui sont empoisonnés par cet

acide? M. Orfila avait remarqué dans ses expériences sur l'empoisonnement par l'arsénic, que certains chiens urinaient, et que ceux-là seuls échappaient à l'action du poison. Il mit à profit cette donnée pour recommander l'usage des diurétiques dans les empoisonnements de cette espèce. Plus tard MM. Flandin et Danger opposèrent à l'efficacité de cette thérapeutique, qu'ils avaient vu la sécrétion urinaire complétement suspendue durant l'intoxication arsénicale. Entre ces propositions contradictoires l'Académie était restée incertaine et attendait le résultat de nouvelles recherches. M. Delafond, professeur à l'école d'Alfort, s'en est chargé. Après avoir commencé par déterminer la quantité normale d'urine que contient la vessie d'animaux privés de boisson pendant un certain temps, il a reconnu que dans l'empoisonnement arsénical l'urine n'est pas supprimée, mais qu'elle est seulement diminuée. Cette diminution est d'environ des 3/4 chez les chevaux empoisonnés, et des 5/6 chez les chiens. Pour éviter toute cause d'erreur, la vessie des animaux était vidée avant l'ingestion du poison, puis on liait la verge; toute boisson était supprimée. La mort arrivait rapidement, et toujours on rencontrait une certaine quantité d'urine, quoique l'animal eût été privé de boisson.

Une commission composée de MM. Lecanu, Ollivier et Chevallier a vérifié les expériences de M. Delafond et donné son approbation à ce travail qui vient confirmer d'une manière péremptoire les faits avancés par M. Orfila.

(Séance du 18 avril.)

Chaulage des blés par l'arsénic. L'académie des sciences et belles-lettres de Bruxelles avait proposé comme sujet de prix la question de déterminer par l'analyse et l'expérience si l'usage de l'acide arsénieux pour le chaulage des céréales peut être nuisible à la santé publique. M. Audouard résolut affirmativement cette question dans un mémoire qu'il a depuis communiqué à l'Académie de médecine, et sur lequel M. Soubeiran a lu un rapport. La commission n'est point arrivée aux mêmes résultats que M. Audouard; ce médecin aurait trouvé de l'arsénic dans la paille et les grains provenant de blés chaulés par cette substance. La commission, malgré les recherches les plus attentives, soit dans la paille, soit dans les grains qui, selon M. Audouard, en contiendraient une plus grande quantité, malgré la sensibilité des appareils dont elle a fait usage, n'a pu découvrir un atome d'arsenic. Les blés pourraient donc être sans danger livrés à la consommation. Cependant, comme le fait remarquer avec juste raison M. Chevallier, ce procédé de chaulage n'en doit pas moins être condamné pour les motifs suivants : il a d'abord l'inconvénient de fournir un prétexte pour se procurer avec facilité une grande quantité d'arsenic qui peut servir à un usage criminel. Secondement les sacs qui renferment le blé ainsi chaulé retiennent toujours une quantité suffisante d'arsenic pour produire des accidents. Enfin, les personnes qui ensemencent à la main le blé ainsi chaulé peuvent être gravement incommodées, soit par la manipulation, soit par l'inspiration de la poussière toxique. M. Loiseleur Des Lonchamps cite le fait d'un paysan qui éprouva des accidents très graves après un chaulage de cette nature. M. Huzard pense que tout chaulage métallique est inutile. L'eau pure suffit pour détruire le champignon qui se cache sous l'enveloppe du grain et germe avec lui dans le sein de la terre.

Apoplexie méningée.

(Séance du 4 avril.)

Sous ce titre M. Prus lit un travail fort intéressant sur l'hémorrhagie qui a lieu soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans la cavité sous-arachnoïdienne. Après avoir rappelé les travaux des auteurs qui ont rapporté des observations de ce genre, et spécialement la monographie publiée sur ce sujet par M. le docteur Boudet, il s'attache à comparer ces deux espèces d'hémorrhagies sous le rapport des caractères anatomiques, des symptômes, de la marche, de la terminaison, et même du traitement. Seize observations recueillies tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière font la base de ce travail.

Caractères anatomiques. — Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne le sang s'épanche toujours par exhalation. Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne le sang provient le plus souvent d'une rupture artérielle ou veineuse; sur 24 cas que possède la science on a pu constater le fait 13 fois.

Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne le sang se présente sous forme d'un caillot. Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne il se mêle au liquide céphalo-spinal, et tend à se répandre dans les ventricules cérébraux et dans la cavité spinale.

Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne le sang est constamment enveloppé par une fausse membrane dont on peut constater l'existence dès le 4e ou 5e jour. Point de fausse membrane dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Dans la cavité sous-arachnoïdienne on n'a jamais rencontré de kystes contenant du sang moitié résorbé, kystes qui ont été trouvés dans la cavité intra-arachnoïdienne et qui indiquent le travail de la nature pour la guérison de l'hémorrhagie.

Symptômes. — Dans les deux hémorrhagies somnolence et coma très persistant, point de déviation de la bouche. Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne vers l'époque où se forme

la fausse membrane, il se manifeste du délire, la sécheresse de la langue et de la fièvre.

Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne ces symptômes d'arachnitis manquent. De plus la paralysie du mouvement ne s'est montrée que trois fois sur 29 malades et encore d'une manière douteuse.

Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne sur 8 malades observés par M. Prus, six fois il y a eu paralysie du mouvement du côté opposé à l'épanchement. La paralysie du sentiment n'a jamais été que fort légère.

Terminaison. — L'hémorrhagie sous-arachnoïdienne s'est constamment terminée par la mort dans un laps de temps qui n'a pas dépassé huit jours.

L'hémorrhagie intra-arachnoïdienne a quelquefois laissé les malades vivre un mois et plus. M. Prus cite même une observation qui tend à établir que le sang étant résorbé par les kystes qui l'enveloppent, le malade peut guérir.

Traitement.— Outre les indications propres à toutes les hémorrhagies qui se font dans les centres nerveux, l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne en présente une spéciale. Il faut surveiller avec attention les symptômes qui peuvent annoncer le début de l'arachnitis et combattre avec énergie cette dangereuse complication.

Note sur la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les différents climats.

On se rappelle que l'académie avait, il y a quelques années, agité cette importante question, et qu'elle avait appelé sur ce sujet l'attention des médecins de tous les pays. Cependant cet appel était resté depuis ce temps sans réponse. M. Broussais a eu pour but d'apporter quelques nouveaux éléments à une question qui se rattache à la curabilité de la plus fréquente des maladies de notre climat. Son travail a pour base deux documents très imposants pour le nombre des chiffres. 1° La statistique des troupes anglaises dans les Indes occidentales ; 2° des recherches sur les malades des hôpitaux militaires de l'Algérie. Dans les divers corps de l'armée anglaise qui ont occupé successivement les îles des Antilles, sur 306,471 malades, il y a eu 2,390 phthisiques, c'est-à-dire 1 sur 128 malades. Sur 15,455 morts, 1,402 doivent être rapportés à la phthisie, c'est-à-dire 1 sur 11. L'examen de 40,341 malades de l'Algérie montre 1 phthisique sur 650, et 1 mort par phthisie sur 102 ; or, on sait que l'armée en France perd 1 phthisique sur 5 morts. Une autre preuve de l'influence que le changement de climat exerce sur le développement des tubercules pulmonaires, c'est que dans les troupes anglaises si on fait la distinction des blancs et des noirs, on trouve 1 phthisique sur 155 malades pour les premiers, et 1 sur 66 pour les seconds ; 1 mort sur 14 pour les blancs, et 1 sur 4 pour les noirs.

De ces faits et d'autres moins nombreux M. Broussais tire les conclusions suivantes :

1° Aucun document ne prouve que la phthisie soit fréquente dans l'Inde.

2° Il résulte d'une statistique fondée sur 20 ans d'observations dans les Antilles anglaises que la mortalité par la phthisie est faible sur les troupes et quatre fois plus faible chez les blancs que chez les noirs.

3° Il n'est point prouvé que la phthisie soit fréquente à la Martinique, au Sénégal, à Cayenne, en Italie.

4° La phthisie pulmonaire est très rare parmi nos troupes en Algérie, et infiniment au-dessous de ce qu'elle est en France.

Certes, si les chiffres en médecine avaient une valeur absolue, ce mémoire devrait convaincre les plus incrédules. Mais en présence de ces 347 mille malades n'éprouve-t-on point quelques doutes sur le soin avec lequel le diagnostic a été porté dans tous les cas ? L'autopsie de tous les morts a-t-elle été faite ? Les soldats qui font la guerre en Afrique ne sont-ils pas choisis parmi les mieux portants ? La mortalité par la phthisie pulmonaire n'est-elle point remplacée par une autre mortalité qui emporte avant le temps ceux que la phthisie pulmonaire aurait décimés plus tard ? Ces objections et beaucoup d'autres que M. Broussais ne s'est nullement dissimulées forcent de suspendre encore le jugement sur la valeur de ces conclusions. Mais on n'en doit pas moins féliciter M. Broussais d'avoir, par ce travail, placé la question sur ses véritables bases.

Hydrophobie rabique.

Dans la séance du 11 avril, à propos d'un rapport de M. Dupuy sur une observation d'hydrophobie, adressée par M. Garrot, médecin à Cambo (Basses-Pyrénées), il s'est élevé une discussion où ont été signalés plusieurs faits qui méritent une sérieuse attention.

L'hydrophobie, c'est-à-dire l'horreur de l'eau n'est pas un signe constant de la rage. MM. Dupuy, Barthélemy, Renaut, Breschet appuient cette opinion. On a pu faire boire des chiens enragés qui avaient communiqué la maladie à d'autres animaux. M. Barthélemy a entendu raconter à Percy le fait suivant : Un loup enragé traversa une rivière pour aller mordre des hommes qui contractèrent la rage, puis il revint sur ses pas en traversant de nouveau la rivière à la nage.

L'hydrophobie peut chez les animaux comme chez l'homme se manifester dans des maladies d'une tout autre nature. M. Dupuy l'a vue développée chez deux chiens dont l'un avait dans le pharynx une fausse membrane qui gênait la déglutition, et dont l'autre avait dans l'œsophage un os arrêté et implanté par

ses deux extrémités dans les parois de cet organe. Les deux chiens crus enragés avaient mordu d'autres animaux, mais il n'en résulta aucune conséquence fâcheuse.

Les vésicules sub-linguales signalées par M. Marochetti n'ont été vues qu'une seule fois par MM. Dupuy et Renaut, et n'ont été rencontrées par aucun autre observateur. M. Berard pense qu'elles se rapportent à quelque autre affection qui aura été confondue, à tort, avec la rage.

De l'aveu de tout le monde la cautérisation est le seul préservatif. Mais la rage ne succède point nécessairement dans tous les cas à une morsure non cautérisée; cette assertion vivement combattue par MM. Rochoux et Moreau est appuyée, au moins pour ce qui concerne les chiens, sur les expériences suivantes de M. Renaut. Ce médecin vétérinaire a fait mordre cinq chiens par un autre chien chez lequel la rage s'était développée spontanément. Trois des animaux mordus sont seuls devenus enragés; il a obtenu des résultats semblables par l'inoculation du virus rabique. A peine la moitié des chiens inoculés ont-ils contracté la rage.

M. Breschet a vu la rage se transmettre par inoculation des herbivores aux carnivores, et d'herbivores à herbivores. Cette transmission des herbivores aux herbivores paraît tout à fait exceptionnelle à MM. Renaut et Barthélemy qui n'ont pu dans leurs expériences répétées rien obtenir de semblable, et n'ont vu que bien rarement la transmission se faire des herbivores aux carnivores, tandis qu'elle est très commune des carnivores aux herbivores. Le virus rabique paraît s'affaiblir par des transmissions successives. Mais le développement possible des rages spontanées jette quelque obscurité sur ce genre d'expériences.

La perversion de l'appétit produit quelquefois sur les animaux enragés des effets fort singuliers. Des chiens refusent leurs aliments ordinaires, mais ils rongent du bois, de la paille, comme l'a observé M. Breschet. M. Dupuy a vu une chèvre enragée manger de la viande.

Fièvre typhoïde chez les animaux domestiques.

(Séance du 18 avril.)

M. Rayer lit sur ce sujet une note dont voici la substance : L'étude comparative des maladies de l'homme et des animaux conduisait à se demander si une maladie aussi fréquente et aussi grave chez l'homme existe chez les animaux domestiques; d'un autre côté les médecins vétérinaires se taisaient à cet égard, soit que la maladie n'existât pas, soit que la lésion intestinale qui constitue le caractère anatomique de cette affection fût restée inaperçue chez les animaux, comme cela avait eu lieu chez l'homme jusqu'aux travaux de MM. Petit et Serres. Cette incertitude semble à l'auteur devoir être, en partie, dissipée par le fait suivant qu'un heureux hasard l'a mis à même d'observer. Un ânon, âgé de six semaines, meurt après avoir éprouvé de la diarrhée pendant une huitaine de jours. L'ouverture du corps fait reconnaître les altérations suivantes qui se rapportent à celles qu'on rencontre chez l'homme dans la première période de la fièvre typhoïde : Plaques de Peyer faisant à la surface interne de l'intestin un relief plus considérable que celui qu'elles présentent dans l'état normal chez les animaux où elles sont naturellement fort développées. De plus, teinte rouge assez prononcée de plusieurs de ces plaques, d'autres sont boursouflées notamment vers un groupe disposé en bande près du cœcum. La membrane muqueuse de l'intestin plus injectée autour de quelques plaques est généralement rougeâtre. Cette coloration est très marquée dans le jéjunum et la portion de l'iléon la plus éloignée du cœcum sur laquelle les plaques de Peyer sont assez rares et ne dépassent point le niveau de la muqueuse. Examinées avec soin, la muqueuse de l'intestin grêle et celle du gros intestin ne présentent aucun dépôt de lymphe plastique semblable à celle qu'on observe dans les dysenteries; la partie inférieure du gros intestin est saine.

Dans le cœcum la membrane muqueuse d'un rouge vif était comme couverte d'une éruption considérable due au développement morbide des cryptes isolés. On remarquait une disposition analogue des cryptes dans la portion du colon la plus voisine du cœcum.

Les ganglions du mésentère étaient tuméfiés. Plusieurs étaient tellement injectés de sang qu'ils avaient une couleur brune foncée, d'autres offraient une couleur rose avec des stries noirâtres.

La rate d'un gris-brun n'était ni ramollie ni sensiblement augmentée de volume; les autres organes paraissaient également sains. Voilà donc un animal qui a succombé à une maladie aiguë caractérisée surtout, pendant la vie, par de la diarrhée et chez lequel on trouve pour lésions principales un développement morbide des plaques de Peyer, l'ulcération de l'une d'elles, le développement des follicules isolés du cœcum avec rougeur morbide de la muqueuse, la tuméfaction des ganglions mésentériques, des matières liquides et sanguinolentes dans plusieurs parties de l'intestin grêle; ensemble de lésions qui ne trouve d'analogue que dans la fièvre typhoïde chez l'homme.

Quelques médecins vétérinaires avaient déjà même entrevu ces lésions surtout chez l'espèce bovine. M. Rigot, en 1824, avait noté chez un bœuf dont la maladie avait été caractérisée d'entérite, la rougeur de la muqueuse et des ulcérations des plaques de Peyer. M. Leblanc

a assuré à l'auteur avoir également remarqué plusieurs fois des ulcérations de ces mêmes plaques, sur des bœufs morts d'états typhoïdes peu de temps après leur arrivée à Paris. L'auteur termine ainsi cette communication intéressante : « J'aurai atteint le but que je me suis proposé, si cette note, tout imparfaite qu'elle est, provoque des recherches plus complètes sur la fièvre typhoïde chez les animaux domestiques et sur la fréquence relative des lésions des glandes de Peyer chez l'homme et les animaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Dans la séance du 3 avril, M. Serres a présenté des observations fort curieuses sur la *transformation ganglionnaire des nerfs de la vie organique et de la vie animale.*

Voici les caractères de cette altération particulière du système nerveux périphérique; tous les nerfs de la vie de relation, ceux des membres, de la face, les nerfs intercostaux et lombaires, sont parsemés dans leur trajet d'une multitude de renflements ganglionnaires ayant la forme et les caractères physiques extérieurs du ganglion cervical supérieur de l'homme. Les cordons postérieurs des nerfs rachidiens en sont le siége au même degré que les cordons antérieurs. Du reste, les branches nerveuses de communication d'un ganglion insolite à l'autre paraissent intactes à l'œil nu. Le nombre de ces ganglions est moins grand sur les filets nerveux du grand sympathique; mais il est si considérable encore que l'aspect en est généralement changé.

Les nerfs qui forment les plexus lombaires et sacrés, les grands nerfs sciatiques et les deux pneumo-gastriques sont ceux sur lesquels cette transformation ganglionnaire est le plus prononcée. A leur sortie du bassin par les échancrures sciatiques et le long de la partie postérieure des cuisses, les grands nerfs sciatiques ont acquis le volume de l'humérus et leur surface est toute bosselée par l'inégalité de grosseur des renflements anormaux. Les deux pneumo-gastriques, après s'être dégagés des trous déchirés postérieurs, le long du col, et dans le thorax, ont un volume double du grand sciatique normal, et cette grosseur ils la doivent au rapprochement des nombreux ganglions, qui se sont développés sur leur trajet et qui, au premier aspect, furent pris pour des hydatides. La structure de l'axe cérébro-spinal n'offre aucune trace d'altération.

Les symptômes particuliers de cette affection sont inconnus. M. Serres a eu l'occasion de la rencontrer deux fois sur le cadavre, la première fois en 1829, avec M. Manec, chirurgien en chef de la Salpêtrière; la seconde fois, il y a quelques jours, avec MM. les docteurs Petit et Sappey, prosecteurs de l'école d'anatomie. Les deux individus, chez lesquels fut rencontrée cette altération, avaient succombé, à l'âge de 22 à 23 ans, des suites d'une fièvre typhoïde. Y aurait-il quelques rapports entre ce développement anormal du système nerveux et une maladie où se remarquent quelquefois des douleurs si vives dans les membres et un sentiment général de lassitude? M. Serres n'ose encore juger la question. Toutefois, il est une observation importante faite par M. le docteur Petit sur le dernier sujet qui présentait l'altération au plus haut degré. La gouttière qui occupe le bord inférieur des côtes et dans laquelle se logent les vaisseaux et les nerfs intercostaux avait augmenté de largeur et de profondeur. Cette augmentation de capacité de la gouttière paraissait produite par le volume que les ganglions insolites avaient fait acquérir aux nerfs intercostaux. Or, si cette dilatation de la gouttière osseuse a été le résultat de la dilatation du nerf, il faut qu'elle ait été produite par une action longtemps prolongée; l'altération du système nerveux ne serait donc point elle-même de formation récente.

M. Serres a déjà commencé à soumettre ces ganglions à des expériences anatomiques et microscopiques dont il fera connaître plus tard le résultat.

VARIÉTÉS.

Depuis l'insertion, dans notre avant-dernier numéro, du mémoire de M. Bricheteau, nous avons appris que M. le docteur Graux, vice-précident de l'académie royale de médecine de Belgique et médecin en chef de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, a pratiqué 13 ou 14 fois la paracentèse thoracique dans le but de vider une caverne pulmonaire. Nous nous empressons de constater ce fait, et nous croyons pouvoir annoncer la prochaine publication d'importantes recherches faites par notre confrère de Belgique sur la phthisie pulmonaire. Nous devons dire toutefois, dès aujourd'hui, que tous les malades opérés par M. Graux ont succombé par suite du défaut d'adhérences suffisantes et de l'épanchement, dans la cavité pleurale, de l'air et des matières contenues dans la caverne.

ERRATA du numéro précédent. P. 123, 1re colonne, ligne 7, au lieu de : *si perfice cordis mucronem obliqueris,* lisez : *si forfice cordis mucronem abscecueris;* et plus loin, au lieu de : *distinctione cordis*, lisez : *distensione cordis.*

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi ;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris ;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES.**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

JUIN 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des préparations de noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy; *par* M. TROUSSEAU, *professeur de thérapeutique à l'École de Médecine de Paris.*

Je dirai comment j'ai été conduit à employer la noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy.

En 1832, pendant que je faisais, à l'Hôtel-Dieu, le service de mon illustre maître, M. le professeur Récamier, il entra, salle St-Bernard, un homme d'une quarantaine d'années, qui, fatigué d'un traitement longtemps suivi en province, et toujours infructueux, était venu à Paris demander quelques secours aux médecins des hôpitaux.

Il était du Havre, où il exerçait la profession de matelot. Depuis trois ans, il éprouvait un tremblement général qui, d'abord peu considérable, avait fini par prendre une intensité croissante, et l'avait, au bout de quelques mois, empêché de se livrer à toute occupation manuelle. Bientôt la marche, qui n'était que chancelante, devint tout à fait impossible, et le malade entra à l'hôpital du Havre. Il y fut traité par des moyens

divers qui n'enrayèrent pas l'affection, et ce fut en désespoir de cause qu'il se fit conduire à Paris.

Tous les muscles du corps étaient agités de tremblements convulsifs, caractérisés par une contraction vive suivie d'une résolution immédiate. La résolution était aussitôt remplacée par une contraction, de sorte que, dans l'espace d'une minute, on pouvait compter à peu près 120 à 140 convulsions. Les muscles de la langue, du larynx, participaient à cette névrose. La prononciation était difficile, la mastication presque impossible, la déglutition embarrassée. Les urines s'échappaient involontairement; la défécation s'accomplissait sans le secours des muscles abdominaux.

Depuis deux ans, il n'y avait pas eu d'érection du pénis.

L'intelligence, la sensibilité étaient intactes. La volonté était impuissante à mouvoir les membres, de telle manière que le malade ne pouvait manger seul.

Aucun autre trouble appréciable du côté des appareils digestif, pulmonaire, circulatoire.

Ce n'était pas là une chorée semblable à la danse de Saint-Guy; elle se rapprochait de la chorée mercurielle ou alcoolique.

N'ayant rien obtenu de l'emploi de l'opium, je dirigeai mon attention sur la paralysie générale, dont notre homme était atteint; et comme je ne voyais aucune autre indication, je voulus employer la noix vomique. Le succès ne se fit pas attendre; au bout de quinze jours, le malade mangeait seul; après un mois de traitement, il ne tremblait presque plus et pouvait un peu marcher. Un peu plus tard, la vessie, le sphincter du rectum reprirent leurs fonctions, et presque en même temps il se manifesta le matin des érections du pénis, d'abord flasques et bientôt complètes. Enfin, après trois mois de traitement, cet homme quitta Paris dans un état très satisfaisant, bien que les mouvements laissassent encore quelque chose à désirer.

Ce fait me frappa d'abord, puis bientôt il m'occupa moins, et, trois ans plus tard, lorsque, dans notre traité de thérapeutique, je composai l'article relatif à la noix vomique, je me bornai à dire (tome Ier, pag. 522) : « Lejeune a conseillé la noix vomique dans le « traitement de la chorée, et, après lui, nous l'avons employée avec quelque succès. » A dire vrai, ce n'était pas contre la chorée que j'avais d'abord dirigé la noix vomique, mais bien seulement contre la paralysie qui l'accompagnait, et l'on comprendra alors comment, malgré ce qu'en avait dit Lejeune, malgré le fait que j'avais observé et auquel je faisais allusion dans la phrase que je viens de citer, je négligeai moi-même l'emploi de cet héroïque médicament dans le traitement de la chorée; mais, en 1841, M. le docteur Fouilloux, de Lyon, publia, dans la *Gazette Médicale*, un fait qui me ramena à des idées thérapeutiques que j'aurais dû ne pas abandonner si vite.

La malade de M. Fouilloux était atteinte de chorée; elle prit, par erreur, une trop forte dose de strychnine; il en résulta des accidents très graves: mais, peu de jours après, elle était guérie.

Ce fait concordait trop avec celui que j'avais observé, et il rentrait trop bien dans l'idée que je me suis faite de l'action thérapeutique de la plupart des médicaments, pour ne pas me frapper fortement.

Je pense que beaucoup d'agents thérapeutiques n'agissent qu'en substituant un état morbide déterminé, spontanément et rapidement curable, à un état pathologique analogue, dont la gravité souvent est fort grande et dont la durée est indéterminée.—C'est, comme on voit, de la médecine homœopathique substitutive, non pas comme l'entendent aujourd'hui les rêveurs qui ont cru devoir suivre les singuliers errements d'Hahnemann, mais comme la comprennent les praticiens sérieux qui traitent l'ophthalmie, la blennorrhagie, les phlegmasies chroniques de la peau, par des applications irritantes.

Il me semble donc conforme à l'anologie de traiter la chorée, maladie éminemment convulsive, par la noix vomique, médicament qui produit la convulsion. Je crois qu'on peut substituer la modification provoquée par la strychnine et par la brucine, à celle que la cause pathogénique a imprimée au système nerveux cérébro-spinal.

La médication est donc rationnelle, du point de vue où je me place. Si, pour tenter un moyen thérapeutique que l'empirisme aveugle a seul mis en usage, on hésite et l'on attend que des faits nombreux soient venus, en quelque sorte, autoriser les médecins à l'employer, il n'en est plus de même quand des faits, bien que peu nombreux, se prêtent facilement à la systématisation, et n'ont rien que de conforme à une multitude d'autres faits qui, dans la thérapeutique, ont reçu la sanction universelle.

On pouvait d'ailleurs se demander si le moyen que l'on allait tenter présentait quelque inconvénient, et la réponse était négative.

Les médecins qui n'ont pas l'habitude de manier les médicaments, et qui se bornent à l'usage des saignées, des sangsues, du sulfate de quinine et quelquefois de l'opium (et ceux-là sont bien nombreux), semblent, par l'habitude qu'ils en ont, méconnaître les graves accidents qui peuvent résulter de l'usage intempestif de leurs remèdes favoris, et ils ne se doutent pas que les plus énergiques moyens, l'arsenic, la noix vomique, etc., sont tout aussi innocents que la quinine et l'opium, s'ils sont donnés par un homme qui les sache convenablement doser. Et la noix vomique, particulièrement, donnée à faible dose à une personne bien portante, non seulement n'entrave aucun des actes de la vie, mais encore, le plus souvent, donne aux organes digestifs, et aux fonctions nutritives en général, une énergie d'action fort remarquable.

Je sais à merveille que la noix vomique, administrée à une dose trop élevée, peut produire l'empoisonnement; mais la dose doit être le plus souvent beaucoup plus forte que celle de l'opium; et tandis que, pour un malade, on dépasse rarement la dose de 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque, l'extrait de noix vomique, comme nous le verrons plus bas, est donné ordinairement, même chez les jeunes filles, à la dose de 20, 30, 40, et même 60 centigrammes, sans provoquer aucun accident sérieux.

J'ai traité par l'extrait de noix vomique onze personnes atteintes de chorée : une à l'Hôtel-Dieu, en 1832, dont j'ai rapporté sommairement l'observation, et qui n'avait pas de *danse de Saint-Guy*, mais bien seulement une chorée analogue à celle que produit l'intoxication mercurielle ou alcoolique. J'ai traité, depuis le mois de novembre 1841, 10 malades : une femme non mariée de 32 ans, imparfaitement guérie; une femme de 22 ans, nouvellement accouchée, guérie; deux jeunes filles impubères de 16 ans, guéries; une autre jeune fille impubère de 15 ans, guérie; un jeune garçon de 6 ans, guéri; un autre garçon de 10 ans, guéri. J'ai traité, sans amener autre chose qu'un notable amendement, mais je n'ai pas guéri la fille d'un de nos honorables confrères de Versailles, âgée de 14 ans. J'ai traité, et d'abord presque guéri, une jeune fille de 15 ans, qui, plus tard, eut une rechute terrible et mourut; je dirai cette observation avec quelque détail. Une autre fille, atteinte d'une chorée plus grave, fut traitée pendant trois jours par la noix vomique; et, comme les accidents devenaient plus violents, je donnai l'opium à haute dose, et la guérison s'ensuivit.

Ce n'est pas chose fort extraordinaire de guérir la chorée; mais c'est chose importante de la guérir vite, et je crois que la noix vomique a une influence curative qu'il serait difficile de contester.

Toutefois, je ne me dissimule pas que, dans l'histoire des maladies nerveuses, il faut être sobre de rapides conclusions, et que trop souvent les heureux résultats proclamés par une confiance prématurée n'ont pas reçu des autres médecins une consécration définitive.

Je mettrai donc mes confrères à même de juger la question; et, comme il s'agit d'une médication encore nouvelle; que, par conséquent, les simples assertions ne suffiraient pas, je rapporterai l'histoire de toutes mes malades, non avec cette prolixité fastidieuse qui, naguère encore de mode, commence heureusement à être répudiée de tous les médecins, mais avec les principaux détails seulement, détails suffisants pour faire connaître aux praticiens, et les accidents contre lesquels la médication était dirigée, et les modifications que la thérapeutique aura introduites dans la maladie.

(*La fin au prochain numéro.*)

De la contracture et de la paralysie idiopathiques chez l'adulte, *par* MM. J.-P. Tessier et E. Hermel.

§ IIe.—FORME PARALYTIQUE.

Nous avons étudié la maladie dans la forme la plus commune qu'elle présente d'après les descriptions qui en ont été données jusqu'ici par les médecins. Il nous reste à présenter des exemples de cette paralysie singulière. Nous aurions pu diviser et subdiviser ces formes en variétés, suivant les symptômes, la marche et les lésions, mais c'eût été nous exposer à présenter des faits particuliers comme des types, après une vérification évidemment insuffisante à nos yeux. D'ailleurs, nous aurons soin d'avertir le lecteur de ce qui nous aura frappés nous-mêmes sous ce rapport dans les observations qui vont suivre :

Hémiplégie douloureuse. — Accès de fièvre quotidienne. — Sulfate de quinine. — Guérison.

Le 12 avril 1842, la nommée Marie Garnier, femme Suiron, âgée de 26 ans, marchande de vins, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, et a été couchée au n° 19.

Cette femme nous apprend que dans les derniers jours du mois de mars précédent, pendant ses règles, elle descendit à la cave ayant chaud et y resta plusieurs heures. Ses règles s'arrêtèrent et ne reparurent plus.

Le 10 du mois suivant, elle s'aperçut dans la journée d'un fourmillement au bras et à la main gauche. Le soir elle sentit des douleurs vives et lancinantes dans plusieurs rameaux du nerf trifacial du côté gauche. Elle se coucha, ne put dormir parce qu'elle était très agitée; elle eut des douleurs lancinantes et convulsives dans le bras du même côté.

Le lendemain 11, en se levant, elle ne put nouer les cordons de ses vêtements et sentit de l'engourdissement dans la jambe gauche; elle ne put se livrer à ses occupations ordinaires. La nuit suivante des douleurs convulsives et des crampes survinrent au bras, à la jambe, à la cuisse et aux lombes du côté gauche. Depuis, la perte du mouvement et de la sensibilité est arrivée et a augmenté progressivement. Je n'ai pu en préciser la marche sur le récit de la malade.

Le 13 avril, lorsqu'on l'examina, on la trouva entièrement paralysée du mouvement du côté gauche; la sensibilité est encore conservée d'une manière très obtuse à la cuisse et au tronc. Le côté droit n'était nullement affecté. Elle avait un peu de *trismus*, parlait sans presque desserrer les dents, et ouvrait mal la bouche, parce que ces mouvements lui causaient des douleurs aux dents, à l'oreille, dans les mâchoires, enfin dans tout le côté gauche de la tête. En pressant sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales, elle se redressait subitement, mais elle n'éprouvait aucune douleur en ce lieu. Le pouls était dur, fébrile, les yeux animés, le visage coloré; elle était constipée depuis 10 à 12 jours. On lui prescrivit une potion antispasmodique et un lavement avec 40 grammes de teinture d'assa-fœtida, une saignée de 240 grammes matin et soir.

Le 14. Elle était dans le même état; même prescription fut faite.

Le 15. La perte de la sensibilité était complète dans tout le côté gauche et s'arrêtait exactement sur la ligne médiane du corps. On lui ordonna des pilules d'assa-fœtida et d'oxide de zinc, qui la firent vomir; on y ajouta l'eau de Sedlitz. La constipation persistait; elle n'urina qu'à l'aide de la sonde.

Le 16. D'après les recommandations qu'on lui avait faites de s'observer à cet égard, elle nous raconta que tous les soirs, vers 9 heures, elle était prise d'un frisson durant une heure, suivi d'une sueur affectant seulement le côté gauche. Depuis la veille, elle était sourde de ce côté et avait senti des douleurs vives, lancinantes, convulsives, et des crampes dans le bras et la jambe gauches, douleurs qui retentissaient au dos. Persistance des douleurs des nerfs sous-orbitaire et mentonnier. La perte du mouvement et de la sensibilité était la même. La percussion démontra que la rate s'étendait au dessus du niveau du mamelon et dépassait le bord des fausses côtes. La fièvre persistait ainsi que la contracture des mâchoires.—On lui donna 4 grammes de sulfate de quinine à prendre en 4 paquets.

Le 17. Elle n'eut point de fièvre et beaucoup moins de douleurs. On continua la même dose de sulfate de quinine.

Le 18. Elle était dans le même état; mais à l'heure de son accès, elle n'eut qu'un peu

de sueur du côté malade et des douleurs convulsives.—Elle prit encore 4 grammes de sulfate de quinine.

Le soir les règles parurent.

Le 19. La sensibilité était revenue au cou, à l'épaule et à la partie supérieure du bras. Elle n'urinait pas encore sans être sondée, et la constipation n'avait point cessé.—Sulfate de quinine, 4 grammes.

Le 20. Elle a sué du côté malade, elle a eu en même temps des élancements et des mouvements convulsifs dans les membres gauches. La sensibilité a fait des progrès en descendant au bras, à la partie supérieure de la poitrine. Bien plus, il y a exaltation de la sensibilité, et la moindre pression sur les points qui l'ont recouvrée est douloureuse. Les règles coulent modérément. Elle a pu uriner seule. Elle éprouve des bourdonnements, des sifflements d'oreille que l'on attribue à l'emploi du sulfate de quinine, ce que nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois.—Sulfate de quinine; lavement.

Le 21. Elle a eu de temps en temps quelques douleurs convulsives moins violentes. Elle est pour le reste dans le même état que la veille.—Sulfate de quinine.

Le 22. La sensibilité était rétablie dans tout le bras et la main. Les doigts avaient recouvré quelques mouvements, et l'avant-bras pouvait décrire un quart de cercle par la flexion et l'extension; mais ces mouvements étaient très douloureux; la jambe et la cuisse étaient toujours immobiles.—Sulfate de quinine.

Le 23. Même état. La constipation a cédé à un lavement purgatif.—Sulfate de quinine.

Le 25. La sensibilité et le mouvement sont revenus dans tout le côté jusqu'au membre inférieur, où elle a senti encore des douleurs, des crampes, des convulsions; mais ce n'est plus aux même heures, c'est à différentes heures de la journée ou de la nuit.—Le sulfate de quinine fut continué en diminuant la dose d'un gramme.

Le 28. La sensibilité était revenue jusqu'au genou, mais elle ne pouvait encore imprimer aucun mouvement à la jambe; elle craignait surtout les douleurs qu'elle éprouvait en les essayant seulement. Les moindres attouchements sur les parties devenues sensibles étaient douloureux. Le bras et la main avaient fait aussi des progrès, quoiqu'ils fussent encore très faibles.—Sulfate de quinine, 3 grammes.

Le 2 mai. La sensibilité était revenue complètement; elle commençait à mouvoir la jambe et le pied. Quelques mouvements convulsifs douloureux paraissaient encore de temps à autre, mais elle n'avait plus d'accès de fièvre.—Sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 6 mai. L'amélioration avait continué, elle commença à marcher avec des béquilles.

Le 12. Les douleurs avaient presque complètement disparu, il ne lui restait plus que de la faiblesse dans toutes les parties qui avaient été affectées, faiblesse plus marquée à la partie inférieure de la jambe et du pied.—On cessa le sulfate de quinine. On l'avait continué malgré la disparition des accès, parce que, dans les maladies qui présentent des rémittences ou des intermittences marquées, lorsqu'elles affectent le type continu, si elles ont été heureusement modifiées par le sulfate de quinine, c'est une indication pour en prolonger l'administration contre l'affection continue qui persiste.

Une amélioration progressive continua jusqu'au 18 du mois de mai. A cette époque, elle avait encore quelques douleurs dans le genou et l'articulation du pied; elle avait de la difficulté à appuyer fortement son talon à terre, mais elle voulut sortir, marchant assez bien sans béquilles et espérant achever sa guérison chez elle.

Lorsqu'elle est sortie, la rate avait diminué de moitié; cependant elle occupait encore un plus grand espace qu'elle ne devait.

Nous avons revu cette femme, il y a quelques jours; sa santé était parfaite depuis qu'elle avait quitté l'hôpital.

Voilà assurément un des faits les plus intéressants qu'il soit donné d'observer. Mais quelle relation établir entre cette hémiplégie continue et les accès quotidiens qui se manifestaient? Etait-ce une véritable fièvre intermittente quotidienne à laquelle nous avions affaire? On sait combien il faut être réservé dans le diagnostic des *fièvres quotidiennes légitimes*, quand un stade, celui du frisson fébrile, manque habituellement, quand l'accès revient tous les sois à peu près comme les paroxismes des maladies aiguës, et avant tout lorsqu'il existe une autre maladie. Ici le gonflement considérable de la rate, joint à l'intermittence, nous engagea à administrer le sulfate de quinine à haute dose. A partir de

ce jour les accidents ont diminué. Nous les avons vus cesser pendant l'usage du même médicament. Est-ce à lui seul, est-ce à la marche naturelle de l'affection que nous devons attribuer la disparition de cette maladie? Nous pouvons exprimer ici l'opinion qui nous paraît la plus probable et la plus flatteuse pour notre art, et croire que le sulfate de quinine a été efficace. Mais ce n'est là qu'une conjecture, et cela ne sera point autre chose pour les praticiens sérieux. Toutefois, les faits thérapeutiques ont une trop haute portée pour que nous ne rapprochions pas du fait précédent celui que Sauvages a cité dans sa *Nosologie méthodique* (loc. cit.). « Historia. Mense Julio 1756, infans quatuor annos natus corripitur dolore utriusque tali itá vivido, ut nullis auxiliis levari posset; ast, post semihoram pedibus tibiisque intumescentibus sedatur dolor, et tunc illi artus et crura omni motu musculari sensuque orbantur, œdematosè intumescunt, frigent ad tactum medici, dùm cæteræ corporis partes calescebant solito magis; post septem horas ea omnia symptomata evanescunt, et infans omninò sanus est; verùm, sequenti die, eâdem horâ, revertitur dolor in talis, tumor pedum hinc succedit cum paralysi perfectâ horum extremorum, eorum frigore, œdematiâ, febre, quæ intrà septem horas recedunt et sic deinceps; sed sensim minora usque ad octavam diem, quâ medicamentis cessit morbus.

« Curatio. In intervallo secundæ diei purgatus est ex mannâ et syrupo glauberiano, et vomuit; iterùm purgatus est sequenti intervallo, atque deindè usus est ter vel bis in die opiatâ ex quinkinâ et radice pœoniæ; accessus tùm retardati tùm breviores sensim fuerunt, et sic æger omninò convaluit. »

Ce fait n'est point identique à celui que nous avons rapporté, puisque l'intermittence y est le caractère dominant. Il prouve la possibilité d'une paralysie *spéciale* intermittente, et il confirme, sans toutefois en démontrer la vérité, la conjecture que nous avons formée. Toutefois, il s'agit d'un enfant. Le fait suivant devra fixer l'attention sous de nouveaux rapports :

PARALYSIE DIFFUSE.—BRULURE, ENTÉRITE, MORT. — RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE, FLUXION DES CORDONS NERVEUX RÉPONDANT AUX PARTIES PARALYSÉES.

Le 28 mars 1842, le nommé Alphonse Delaitre, âgé de 18 ans, apprenti estampeur, est entré salle Sainte-Madeleine, n° 11 *bis*, à l'Hôtel-Dieu.

Ce jeune homme est d'une constitution très faible. Il y avait six jours qu'à la suite d'un travail plus fort que d'habitude il avait éprouvé une violente courbature, une extrême fatigue, de la faiblesse dans tous les membres, des douleurs vives et des crampes surtout dans la jambe gauche. Le second jour, il s'était aperçu que la jambe gauche n'exécutait plus les mouvements selon sa volonté. Ainsi, debout, il la levait et l'étendait avec peine; couché, il ne pouvait la soulever qu'à l'aide de ses mains; aussitôt qu'il l'abandonnait, elle retombait. Depuis ce temps, lorsqu'il était au lit, la jambe demi-fléchie reposait sur le côté externe, le genou en dehors, la face plantaire tournée en dedans. Le quatrième jour, il fut obligé d'abandonner entièrement son travail, le lendemain il ne put le reprendre, et le soir de ce cinquième jour, on l'amena à l'hôpital à pied, bien qu'il ne pût se soutenir qu'avec peine.

Le 29, sixième jour de sa maladie, nous trouvâmes, outre les symptômes mentionnés précédemment, une faiblesse très grande dans les membres supérieurs, surtout dans le bras et la main gauches: aucune perte de sensibilité dans les parties affectées; point de déviation des traits ni de la langue; intégrité des sensations.

Le malade avait la tête appuyée sur l'oreiller, sur lequel elle roulait toutes les fois qu'il changeait son corps de place; si on le plaçait sur son séant, il la soutenait dans ses mains; bref, la flaccidité et la résolution des muscles du cou étaient extrêmes. Il n'avait eu ni céphalalgie, ni fièvre, ni constipation, ni dévoiement; il urinait facilement. Nous ne remarquâmes aucun autre trouble dans sa santé.

On prescrivit un bain de vapeur, à la suite duquel on lui appliqua sur la colonne vertébrale un linge imbibé avec parties égales d'ammoniaque liquide et d'essence de térébenthine, et l'on passa sur cette longue compresse un fer chaud.

Le 30, 7e jour, il se plaignait d'avoir été brûlé (1) par son bain de vapeur. En effet, la poi-

(1) Le malade, pendant le bain, avait, par curiosité, démonté les pièces de l'appareil. Malgré le prompt secours qui lui fut porté, il fut brûlé.

trine, le ventre présentaient de larges surfaces érythémateuses; la partie interne du genou droit était brûlée au troisième degré. Cependant il y avait une amélioration partielle ; il pouvait lever et étendre la jambe gauche; la pointe du pied était encore abaissée, et la face plantaire dirigée en dedans. Les muscles extenseurs de la jambe et de la cuisse avaient donc seuls recouvré leur force. Les bras et les mains n'avaient fait aucun progrès ; la tête ne se soutenait pas mieux.

Le 31, 8e jour, l'amélioration était plus générale, la jambe gauche et le pied avaient repris leurs mouvements et leur direction presque normale; la jambe droite n'exécutait point les mêmes mouvements à cause des douleurs produites par la brûlure, mais elle en avait la faculté. Les muscles du cou ne pouvaient pas encore mouvoir la tête, et les mains n'avaient point leur force. Il toussait et expectorait des crachats teints de sang. On reconnut une congestion aux poumons, et l'on fit appliquer des ventouses scarifiées sur la poitrine. Il eut des vomissements et de la diarrhée. Tous ces symptômes de congestion viscérale pouvaient être attribués, selon que l'expérience l'a démontré, à la brûlure générale dont il avait été victime.

Cet état s'amenda peu à peu en quatre jours, de manière que le 4 avril, 12e jour de la maladie, il allait très bien; les muscles du cou remplissaient leurs fonctions ainsi que ceux des membres; la jambe droite seule, dont la brûlure très douloureuse suppurait abondamment, ne pouvait se mouvoir pour cette raison. La diarrhée avait diminué, et les vomissements ne reparaissaient plus.

Le 5 avril, 13e jour, la diarrhée augmenta et continua jusqu'au 12 du même mois.

A cette époque, il y eut recrudescence de tous les symptômes, c'est-à-dire : faiblesse dans les membres supérieurs, dans le cou, douleurs et difficulté de mouvement dans les membres inférieurs avec intégrité des sens et des sensations.

Le 16, 24e jour, les vomissements recommencèrent. On appliqua des ventouses scarifiées à l'épigastre et on donna l'eau de Vichy.

Le 18, 26e jour : rigidité des muscles du cou, difficulté pour le médecin de mouvoir la tête ; grande faiblesse et tremblement des mains. Les vomissements avaient cessé, mais la diarrhée était continuelle.

Le 20, 28e jour, les mêmes symptômes s'étaient aggravés: le soir il pouvait à peine parler; il y avait du trismus, la respiration s'embarrassait, il mourut à 10 heures.

L'autopsie fut faite 30 heures après la mort.

Tube digestif.—La muqueuse de l'estomac présente quelques ecchymoses, où la couleur vive semble combinée avec le tissu; elle est ramollie partout, mais principalement aux environs de l'orifice pylorique ; elle est adhérente à la tunique musculeuse. En grattant avec l'ongle ou le scalpel, elle s'enlève en petits lambeaux.—Dans le duodénum, on peut faire les mêmes remarques; son bout supérieur est coloré par la bile qui a pris une teinte brune foncée, terreuse.—L'intestin grêle présente sa couleur naturelle dans son bout supérieur, et se trouve semé çà et là d'ecchymoses; la muqueuse est peu résistante; dans le tiers inférieur la coloration de cette membrane devient d'abord rosée, puis rouge livide, très arborisée, et présente de nombreuses ecchymoses vives, larges de plusieurs lignes et longues d'environ un pouce; la muqueuse y est beaucoup plus ramollie.—Le bord libre de la valvule iléo-cœcale est ecchymosé et rouge brun dans tout son pourtour. Au milieu du cœcum, on voit une surface longue et large comme la paume de la main, uniformément colorée en rouge brun, dont les bords se fondent avec la coloration un peu livide du reste de cet intestin. Dans ce point, la muqueuse est ramollie et s'enlève comme une pulpe.—Le colon ascendant est très arborisé; il présente vers son milieu une surface semblable à celle qui a été notée pour le cœcum.—Les colons transverse et descendant présentent une teinte blanche naturelle parcourue de quelques arborisations et de quelques points légèrement ecchymosés.

Cerveau.—On trouve une fluxion sanguine de la pie-mère, prédominante aux parties latérales et à la base du cerveau. Pas d'adhérence des membranes. On ne constate ni ramollissement, ni aucune autre altération de la substance du cerveau.

Moelle.—Dans la portion de la moelle intermédiaire au bulbe rachidien et au renflement brachial, nous trouvâmes le faisceau antérieur gauche ramolli, plutôt dans la substance blanche que dans la substance grise; cependant il n'était pas diffluent. Point de ramollissement à droite dans cette portion. Au niveau du renflement brachial, il y a un ramollissement plus étendu que le premier; il occupe seulement la partie antérieure du faisceau antérieur gauche. Enfin, au bulbe inférieur ou lombaire, nous constatons un troisième ramollissement, occupant

le faisceau antérieur gauche, s'étendant un peu sur le faisceau antérieur droit. Autour de ces diverses altérations, le tissu médullaire présente une coloration jaunâtre.

Le plexus brachial est le siége d'une fluxion sanguine évidente dans le névrilème; cette fluxion s'étend sur le trajet du nerf médian du côté gauche.

Le nerf sciatique gauche est le siége de la même altération. (M. de Puysaye, interne de service, a conservé ces pièces.)

On trouva les deux poumons engoués à la partie supérieure. Au sommet du poumon droit, il y avait des tubercules qui avaient subi un commencement de ramollissement.

Ce fait est le seul cas que nous ayons vu se terminer par la mort dans notre service. Si donc nous jugions exclusivement par les faits qui se sont passés sous nos yeux, nous pourrions être tentés d'attribuer les diverses lésions à la brûlure dont ce malade a été victime. Mais nous savons de source certaine que, dans d'autres salles de l'Hôtel-Dieu, quelques malades ont succombé, et ont présenté des lésions de la moelle et des cordons nerveux analogues à celles que nous avons mentionnées. Que la brûlure ait eu quelque influence sur leur production, comme sur le développement et le ramollissement des tubercules pulmonaires, rien de plus probable. Mais cela ne change point la nature de la maladie.

Nous ferons remarquer :

1° Les symptômes tétaniques en rapport avec une lésion de la surface de la convexité des hémisphères.

2° Le rapport du siége du ramollissement de la moelle et de la fluxion du névrilème avec le siége de la paralysie.

Ce fait peut servir à interpréter celui que nous avons déjà rapporté, et dans lequel la contracture douloureuse fut suivie de paraplégie.

Paralysie partielle; marche périodique.

Hamelin, layetier emballeur, âgé de 39 ans, nous raconte qu'il y a deux ans, en jouant aux cartes, il sentit un engourdissement et un picotement dans la main droite, qu'elle devint faible, et qu'il laissa tomber ses cartes. Il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, où il resta six semaines, sans pouvoir faire usage de sa main. On lui fit deux saignées, dont la première suppura quelque temps avant de se fermer. Il sortit presque guéri, souffrant néanmoins encore un peu dans la saignée.

Depuis ce temps, il a repris son travail, mais souvent son marteau lui tombe de la main et est lancé derrière lui. Il éprouve toujours de l'engourdissement, des picotements et une grande faiblesse ; souvent aussi il a des douleurs et quelques élancements à la partie supérieure externe de l'épaule, et surtout dans l'aisselle. Ces fourmillements douloureux s'étendent en bas à la partie interne du bras, au pli de l'avant-bras, sur le trajet du nerf médian; en haut, ils remontent quelquefois jusqu'à la partie externe des premières côtes.

Ses doigts s'étendent incomplètement, il ne peut rien serrer fortement avec cette main, ni tenir son poing fermé. Du reste, le bras et la main sont aussi volumineux que du côté opposé.

Le 28 mars, on le soumit à l'électro-puncture; une aiguille fut placée à l'origine du plexus brachial du côté droit, et une autre à la paume de la main. Une sueur abondante arriva en ce lieu. A la suite de cette opération, il trouva ses doigts plus agiles et sa main plus forte.

Jusqu'au 16 avril suivant, il fut galvanisé quatre fois, mais il n'obtint qu'une amélioration peu notable. On appliqua alors trois vésicatoires volants, un à l'épaule, un au bras, et le troisième au bracelet, autour du poignet.

Le 18, il était très soulagé ; il sentait moins de roideur et de fourmillements, il avait plus de force.

Le 27, les vésicatoires étant secs, on lui fit donner des douches de vapeur; l'amélioration continua jusqu'au 12 mai. A cette époque, la roideur augmenta de nouveau. Ce changement fut-il dû à une variation de la température qui eut lieu?

Le 16. Deux petits clous avaient paru à la partie externe et médiane de l'avant-bras, au niveau du muscle extenseur des doigts ; quand ils eurent suppuré quelques jours, il fut soulagé. Son état s'améliora encore, et il sortit guéri le 25 mai 1842.

Nous ne l'avons pas revu depuis cette époque.

Quelle influence peut-on attribuer au traitement employé chez ce malade? Nous devons nous tenir dans une grande réserve, en raison de la marche périodique que la maladie a présentée.

L'année dernière, au printemps, lorsque nous observâmes pour la première fois cette maladie chez l'adulte, et qu'à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu l'un de nous la signala à l'attention des observateurs, nous étions loin de connaître le traitement applicable à la plupart de ces affections lorsqu'elles ne présentent point d'indications spécifiques.

On a pu voir que le traitement antiphlogistique n'a été suivi d'aucune amélioration, alors même que l'état des forces vitales en indiquait l'emploi.

Cette année, ayant eu connaissance des succès obtenus par M. Gueneau de Mussy, notre très cher et très honoré maître, nous employâmes à trois reprises différentes la médication vomitive, et chaque fois avec un plein succès. Nous avons déjà fait connaître un de ces résultats au commencement de ce travail. L'observation qui va suivre montre que le même traitement peut être utile dans la paralysie idiopathique des enfants.

Julie Richard, âgée de trois ans et demi, fut apportée à la consultation du Bureau central des hôpitaux, le 10 avril 1843.

D'après le récit de sa mère, cette enfant avait été prise, le 2 avril (8 jours avant), de douleur et de faiblesse dans les membres inférieurs. La progression, de plus en plus difficile, était complètement impossible lorsque nous l'examinâmes. Du reste, plus de douleurs aux extrémités inférieures.

Dans la nuit et la matinée du 10 avril, douleurs aux membres supérieurs, fièvre, agitation pendant le sommeil, constipation.

Le 12, guérison complète.

Le 10 et le 11 avril, la petite malade avait pris chaque matin un gramme d'ipécacuanha comme vomitif.

Nous avions recommandé à la mère de venir nous trouver en cas de rechute. Nous ne l'avons pas revue.

Nous terminerons ce petit travail en rappelant à nos confrères que nous n'avons eu d'autre but que d'éveiller leur attention sur une affection très intéressante, et dont l'histoire serait aujourd'hui prématurée. D'ailleurs, il existe un bon travail sur ce sujet dans l'article *Convulsion* du Compendium de médecine pratique de MM. De la Berge et Monneret.

Note sur l'inflammation catarrhale des voies aériennes chez les enfants ; *par* **J.-H.-S. Beau**, *médecin du Bureau central.*

Je vais signaler dans cette note une série de symptômes souvent graves qui se montrent ordinairement dans le cours du catarrhe bronchique des enfants, et qui se présentent à l'esprit comme une conséquence nécessaire, je dirai presque matérielle, de l'affection catarrhale telle qu'elle se comporte dans l'enfance.

Dans le courant de janvier 1841, je donnais des soins assidus à un père de famille affecté d'une névralgie de la face, et j'avais à chaque visite l'occasion de voir un de ses enfants, petit garçon âgé de 3 ans, qui jouissait de la plus belle santé. Un jour sa mère me le présenta en me disant qu'il s'était enrhumé la veille, pour être entré dans une chambre froide au sortir d'une pièce très chaude où il s'était encore échauffé à jouer avec ses frères et sœurs. Cet enfant avait en effet le rhume le mieux conditionné, bien que l'affection fût bornée au larynx et à la trachée. La toux était fréquente, la voix rauque; il y avait du sifflement et de la sécheresse dans la toux. On ne percevait aucun râle dans les voix bronchiques inférieures. Malgré cet appareil de symptômes, la face était bonne, la gaîté conservée ainsi que l'appétit. Je conseillai tout simplement une tisane de fleurs pectorales et un looch simple; le lendemain, l'état de l'enfant était le même que la veille.

Le 3e jour, même état.

Le 4e, la période de *crudité* du rhume disparaît; la toux est un peu moins fréquente; elle n'est plus ni sèche ni sifflante; elle est grasse, et l'enfant avale ses crachats.

Le 5e jour, la mère me fait remarquer que depuis hier son enfant est moins gai qu'à l'ordinaire; il n'a pas d'appétit. Sa face est légèrement pâle.

Le 6e jour, même dégoût; tristesse, abattement; il y a de la fièvre brûlante, de la soif; il y a des selles liquides d'une fétidité extrême.

Je ne savais trop comment me rendre compte du développement de cette affection gastro-intestinale ; car, en général, quand un appareil de symptômes fébriles accompagne les catarrhes, il se montre au début de l'inflammation catarrhale, et il disparaît avec la sécrétion abondante et liquide du mucus bronchique. Ici, au contraire, le rhume avait passé la période de *crudité* sans fièvre, sans symptômes étrangers à l'affection catarrhale, et depuis qu'il y avait détente de l'inflammation locale et sécrétion facile de la muqueuse, on observait des symptômes gastro-intestinaux avec de la fièvre.

Je faisais ces réflexions, quand l'enfant, toussant et produisant dans son larynx un gargouillement bien nourri, qu'on entendait à distance, fixa mon attention sur les matières qui produisaient le gargouillement et qui passaient, après chaque mouvement de toux, du larynx dans l'estomac. Je pensai que ces matières devaient constituer un véritable *embarras* tant pour l'estomac que pour l'intestin. C'était pour cela que l'affection gastro-intestinale avait coïncidé avec l'apparition de la toux grasse, et qu'au bout de deux jours l'embarras gastrique, augmentant de plus en plus par l'ingestion de plus en plus abondante du mucus bronchique, avait fini par se compliquer de fièvre, de soif, de liquidité et de fétidité des selles.

Ces idées, comme on doit le supposer, me conduisaient tout droit à l'indication d'évacuer l'estomac et les intestins. En conséquence, conservant au petit malade l'infusion pectorale qu'il avait depuis le début de la maladie, je lui fis administrer 30 grammes de sirop d'ipécacuanha.

Le 7e jour, je trouvai l'enfant un peu mieux. Il avait vomi un liquide bilieux dans lequel on trouvait de la matière mucoso-purulente qui, par sa forme et sa nature, accusait une origine bronchique. Les selles étaient très abondantes, formées de bile et de matière muqueuse, sans qu'il fût possible d'y retrouver l'apparence ordinaire des crachats.

Je fis prendre encore 15 grammes de sirop d'ipécacuanha ; il n'y eut pas de vomissements, mais les selles furent assez abondantes.

Le 8e jour, soif et fièvre moindres. L'enfant est visiblement mieux. La toux continue encore, mais elle est moins fréquente. (*Pectorale, manne 15 grammes dans du lait.*)

Le 9e jour, le mieux est plus marqué ; les selles ont diminué. L'appétit se fait sentir. (*Potage, on continue la manne et le lait qui ont déterminé* 2 *selles.*)

Le lendemain, l'enfant va toujours mieux ; la gaîté reparaît; toux fort rare, moins grasse. On augmente les aliments. Au bout de 3 jours l'enfant est parfaitement guéri.

L'hiver passé, étant de service au Bureau central, une femme m'amena son fils âgé de 4 ans. Il avait la langue blanche, de la perte d'appétit, de la soif et de la fièvre. Cet enfant ayant toussé devant moi, et ayant produit par là un gargouillement très fort dans son larynx, je demandai à la mère depuis quand son enfant était malade. Elle me répondit qu'il l'était depuis un rhume qu'il avait contracté cinq jours auparavant ; tant que la toux avait été sifflante, l'enfant avait continué encore de manger et d'être gai, mais depuis qu'elle était devenue grasse, il avait perdu l'appétit, et contracté de la fièvre, de l'abattement et de la soif. La mère, très intelligente, m'ajouta qu'elle avait fait tout son possible pour apprendre à son enfant à rendre ses crachats, parce qu'elle était bien sûre que les crachats qu'il avalait lui *noyaient le cœur*. En disant cela, elle put réussir à lui arracher un crachat épais, verdâtre, de nature mucoso-purulente.

Je lui administrai d'abord du sirop d'ipécacuanha 30 grammes, et 15 grammes de manne dans du lait, pour le lendemain. Au bout de 3 jours, la mère me ramena son enfant; il avait vomi et avait eu plusieurs selles copieuses. Il ne toussait plus, la face était gaie et animée, et son appétit était revenu.

J'ajouterai à ces deux observations un autre fait dont je dois la connaissance à M. le docteur Riembault, que j'avais mis au courant des idées que j'expose en ce moment.

Une petite fille âgée de 2 ans contracta une laryngite à la suite d'un refroidissement; c'était un dimanche. La période de crudité dura jusqu'au mardi; il y avait de la raucité dans la voix, une toux sèche, parfois sifflante; mais la gaîté était conservée et la fièvre nulle. Le mercredi la toux est grasse et fréquente; la sécrétion du mucus catarrhal paraît abondante, et la petite malade ne manque pas d'avaler tous ses crachats. A dater de ce moment il y a de la fièvre, de la soif, de l'agitation, des cris et des plaintes presque continuelles; de temps en temps l'état d'agitation alternait avec un assoupissement profond qui durait plusieurs heures. Le docteur Riembault administra pendant deux jours de suite du sirop d'ipécacuanha, qui procura des vomissements et des selles, et dissipa les symptômes généraux que nous venons de rapporter, en réduisant la maladie à l'état d'une simple laryngite qui disparut bientôt entièrement.

Étant sur le point de publier cette note, j'en parlai au docteur Pidoux, en lui demandant s'il n'avait rien observé de semblable. Il me dit qu'une fois il fut appelé auprès d'un jeune enfant qui, aux symptômes ordinaires du catarrhe, joignait ceux d'une affection gastro-intestinale, tels que soif, anorexie, fièvre. Il y avait des selles copieuses et fétides. La mère de cet enfant, qui observait la maladie avec toute la vigilance et l'attention que donne l'amour maternel, crut remarquer dans ses selles les crachats que son enfant avalait. M. Pidoux reconnut effectivement dans cette matière la forme et la nature des crachats. Mais il ne pensa pas à s'informer si les symptômes généraux pour lesquels on l'avait appelé dataient juste du moment où le rhume avait passé sa période de crudité.

Ces différents faits suffisent pour nous faire admettre que chez les enfants affectés de catarrhe, il se développe, après la période d'irritation et de crudité du catarrhe, des symptômes d'embarras gastro-intestinal qui sont dus à l'introduction dans le tube digestif de la matière sécrétée par la muqueuse de l'arbre laryngo-bronchique. Et en cela le catarrhe ou le rhume des enfants diffère beaucoup de celui des adultes; car, dans celui-ci, les symptômes généraux ou fébriles (quand ils existent) se montrent pendant la période d'irritation de l'affection catarrhale, et disparaissent quand la toux devient grasse et l'expectoration facile. Nous ne prétendons pas dire par là que chez les enfants la fièvre ne se montre jamais dès la première période du catarrhe; nous disons seulement que chez eux cette fièvre initiale, quand elle s'observe, ne disparaît pas à la seconde période, et que cette seconde période peut être fébrile d'emblée, lors même que la première ne l'a pas été.

Dans les faits que je viens de rapporter, les symptômes qui compliquaient ceux du catarrhe, bien qu'assez analogues entre eux, n'étaient pourtant pas exactement semblables. Ainsi, dans l'observation première, la fièvre était intense; il s'y joignait une grande fièvre avec agitation; il y avait en sus des selles copieuses, liquides et fétides. Dans l'observation deuxième, la fièvre était modérée, il n'y avait pas de selles. Enfin, dans le troisième fait, l'agitation fébrile alternait avec de l'assoupissement, sans que pourtant les selles fussent fréquentes et liquides comme dans l'observation première.

Cette différence n'a rien qui doive nous étonner, car le même agent délétère ne produit pas toujours les mêmes effets chez tous les individus. Ces effets varient et doivent varier suivant l'irritabilité du sujet, et suivant les différents degrés d'abondance et de nature de la matière qui vient embarrasser les voies digestives. Par conséquent, on peut légitimement s'attendre à rencontrer dans la pratique des formes extrêmement dissemblables de l'affection qui nous occupe; ainsi, dans les cas légers, il y aura simplement du dégoût pour les aliments, de la soif, et un peu d'abattement; tandis que, dans les cas graves, l'intensité de la fièvre, la fétidité des selles, et l'intensité des symptômes cérébraux pourront, jusqu'à un certain point, simuler une fièvre typhoïde ou une méningite.

Il est bien important, je crois, d'avoir les idées éveillées à ce sujet, car cette affection,

qui se dissipe si facilement quand on la traite à temps par quelques vomitifs et quelques purgatifs, pourrait fort bien devenir réfractaire à la même médication, si on laissait le mal s'enraciner profondément dans l'économie. En effet, qui est-ce qui prétendrait nier que les fièvres typhoïdes et les méningites chez les enfants ne peuvent jamais provenir d'une affection gastro-intestinale due primitivement à l'ingestion de la matière catarrhale?

La matière de tous les catarrhes laryngo-bronchiques n'agit pas indistinctement chez les enfants pour produire l'affection en question. Sous ce rapport, il faut distinguer les catarrhes pituiteux et les catarrhes muqueux ou mucoso-purulents; or, cette distinction est extrêmement tranchée.

Dans le catarrhe *pituiteux*, la matière rejetée ressemble à une solution de gomme; elle est produite en partie par les petites glandes ou cryptes qui sont placées à la partie supérieure du larynx, et en partie par la salive; cette matière est ordinairement rejetée ou crachée par l'enfant d'autant plus facilement qu'elle est en grande partie formée dans la bouche; la toux qui en provoque la sécrétion est ordinairement quinteuse, et cette toux a toujours le timbre *sec* ou *sifflant*.

Le catarrhe *muqueux* donne lieu à une matière épaisse et assez visqueuse, jaunâtre ou verdâtre, qui contient souvent une proportion de pus dont la quantité va toujours en diminuant à mesure que le catarrhe approche de sa fin (1). Cette matière, qui est formée entièrement dans les voies bronchiques, donne lieu à une toux facile, non quinteuse, remarquable par le bruit de gargouillement qui l'accompagne et qui s'entend à une grande distance. La toux détache facilement la matière catarrhale, et l'expulse hors des voies aériennes ; mais à peine celle-ci a-t-elle touché le pharynx qu'il se produit un mouvement irrésistible de déglutition qui la transporte dans l'estomac.

Cette forme de catarrhe *muqueux* est quelquefois la seconde période d'un catarrhe qui, au lieu d'être primitivement *sec*, débute avec le caractère pituiteux. Toutefois il faut reconnaître qu'il y a des catarrhes qui sont pituiteux pendant toute leur durée, comme par exemple ceux qui existent dans la coqueluche.

Maintenant, si nous revenons à notre *embarras* gastro-intestinal, nous spécifierons qu'il est déterminé seulement par la forme de catarrhe qui donne des produits mucoso-purulents et qui s'accompagne d'une toux facile, avec bruit de gargouillement dans le larynx et la trachée.

Ces matériaux ne sont certainement pas de nature à rester impunément dans l'estomac et les intestins; ils sont encore moins de nature à être assimilés à une substance alimentaire. C'est pour cela qu'ils doivent irriter la muqueuse digestive par leur contact ou affecter d'une manière funeste toute l'économie par leur transport dans les vaisseaux.

Il en est par conséquent du mucus bronchique introduit dans l'estomac comme du sang, comme de la bile. Aussi les accidents produits par sa présence sont-ils assez semblables à ceux qui accompagnent l'hématémèse, ou qui constituent l'embarras gastrique bilieux. Remarquons en sus que, d'après l'analogie, les produits du catarrhe doivent avoir chez les enfants une âcreté toute particulière. Nous savons en effet que, chez eux, les différentes sécrétions morbides sont incomparablement plus irritantes que chez l'adulte ; témoin ces flux puriformes de la conjonctive, de la vulve, et ceux des affections impétigineuses ou eczémateuses.

On nous objectera sans doute que souvent des enfants n'ont présenté aucun symptôme d'embarras gastrique dans le cours d'un catarrhe muqueux. Nous nous garderons bien de

---

(1) Il faut rappeler à ce sujet que la présence du pus dans les crachats n'est pas un signe exclusif de la phthisie tuberculeuse; chez l'adulte, les crachats sont *ordinairement* mucoso-purulents dans les laryngo-bronchites les plus franches et les plus bénignes, quand arrive la période d'expectoration.

ne pas accepter la vérité de ces faits négatifs; mais seulement nous demanderons qu'on ne tire de là aucune conséquence contre la réalité des faits positifs que nous avons rapportés. Il y a, comme nous l'avons déjà dit, des tolérances très différentes de la part des individus, ou encore des agents morbides dont l'influence nuisible est très peu marquée; c'est pour cela qu'en fait de pathogénie on ne peut rien poser d'absolu.

Les adultes, et surtout les femmes qui tiennent par coquetterie à dissimuler le produit de leur expectoration, avalent souvent leurs crachats et perdent la faculté de les rejeter au dehors. On ne rencontre pas alors des symptômes aussi graves que chez certains enfants, mais on aurait tort de penser que cette fâcheuse habitude est indifférente. M. le professeur Fouquier insiste sur ce fait dans ses leçons cliniques, à savoir, que l'anorexie et les nausées qui fatiguent tant les phthisiques tiennent souvent à ce que les malades avalent leurs crachats.

Il est bien singulier que l'affection qui fait l'objet de cette note ne soit pas décrite ni même indiquée dans les différents travaux qui ont été publiés sur les maladies de l'enfance. En effet, je ne l'ai trouvée ni dans les traités anciens de Rhazès, de Harris, de Zwinger, d'Undervood et de Rosen, ni dans les ouvrages récents de MM. Valleix, Barrier, Barthez et Rilliet. Cela est d'autant plus étonnant que la plupart des mères de famille, dont l'observation si attentive ne doit pas être négligée, manquent rarement, quand l'occasion s'en présente, de communiquer au médecin leurs doutes sur l'influence nuisible que peut exercer la déglutition des crachats.

Je pense qu'on constatera sans peine l'existence de l'embarras gastro-intestinal déterminé chez les enfants par l'ingestion de la matière muqueuse bronchique; mais j'ai quelque peine à croire qu'on voudra bien accepter le traitement évacuant tel qu'il m'a réussi.

En effet, depuis Broussais, on est généralement prévenu contre la médication vomitive; et bien que l'on abjure de tous côtés le physiologisme, on est toujours resté sous l'influence de cette *panique* déplorable qui a privé pendant plusieurs années la thérapeutique d'un de ses moyens les plus salutaires. Cela est si vrai que dans les embarras gastriques ordinaires on n'ose pas encore se risquer à administrer les vomitifs; on se contente de les combattre par de simples laxatifs. Ainsi, l'on reconnaît que l'embarras morbide siége dans l'estomac, mais on regarde comme plus prudent de débarrasser ou de purger les intestins pour dissiper l'affection stomacale. Toutefois, il est juste de constater ici un progrès. Il y a quinze ans, on traitait les embarras gastriques, fort rares à cette époque, par les boissons acidules; maintenant on les observe moins rarement, et on purge l'intestin pour les guérir; espérons que bientôt on les verra toutes les fois qu'ils existent, et qu'on débarrassera réellement l'estomac au moyen de la médication vomitive. Est-il nécessaire de rappeler que le vomissement est une fonction pathologique aussi importante que la toux, et que l'on doit le provoquer et le faciliter, pour expulser certains embarras de l'estomac, de la même manière qu'on facilite la toux pour obtenir d'abondantes expectorations?

Cette légère digression était nécessaire pour vaincre la difficulté que l'on fera peut-être d'employer les vomitifs dans l'affection que je viens de signaler.

Il faut donc regarder comme une pratique nécessaire d'administrer du sirop d'ipécacuanha deux ou trois jours de suite. Il faut également employer la manne et le calomélas; mais ces laxatifs ne peuvent pas remplacer le sirop précédent. On se rappellera aussi que les efforts du vomissement sont beaucoup moins fatigants dans l'enfance que dans l'âge adulte.

On se gardera bien surtout de trouver des empêchements à l'indication évacuante dans la fièvre, l'agitation ou la diarrhée, et de chercher au contraire à produire une médication opposée. Car il ne s'agit plus ici d'une gastro-entérite simple, mais bien d'une espèce d'intoxication dans laquelle il serait dangereux d'arrêter les évacuations.

Les chirurgiens s'opposent à la stagnation des liquides délétères dans les plaies par toutes sortes de manœuvres, tels que mèche, séton et contre-ouvertures. Pour-

quoi les médecins n'agiraient-ils pas aussi sagement dans la limite de leurs moyens, pour expulser les différents produits morbides qui peuvent affecter gravement l'économie ?

Tétanos spontané, survenu au déclin d'une fièvre inflammatoire bénigne; *par le docteur* **Abel Robert,** *de Chaumont (Haute-Marne).*

M. Gabriel Serval, âgé de dix-sept ans et demi, élève de philosophie, adonné à l'étude, d'un tempérament sanguin, doué d'une imagination vive et passionnée, a été pris, le 26 décembre 1842, d'un frisson bientôt suivi de fièvre avec céphalalgie, douleur contusive dans les membres, et s'est alité; appelé à lui donner des soins, je n'ai observé que les symptômes d'une fièvre franchement inflammatoire; la tête, la poitrine et l'abdomen ne présentaient aucune espèce de lésion; tout se passait dans le système sanguin. Deux saignées de 450 grammes, suivies de l'application de 25 sangsues, tant au siége que derrière les oreilles, furent pratiquées les 27 et 28, et je prescrivis des boissons acidules et des lavements émollients. — La fièvre diminua peu à peu d'intensité jusqu'au 6 janvier, où elle augmenta momentanément par l'apparition d'aphthes assez nombreux sur les gencives et la muqueuse buccale. Il y avait en même temps une salivation très abondante. Sous l'influence de gargarismes émollients, puis légèrement styptiques, cette légère complication s'améliora promptement.

Les 7 et 8 janvier, il survint de la moiteur avec urines abondantes et sédimenteuses; la fièvre tomba complètement, et, le 9 au matin, je déclarai le malade en convalescence.

Le 9 au soir, au milieu d'un sommeil calme et profond, le malade s'éveille en sursaut, en poussant des cris confus, des sons inarticulés; ma première pensée, car j'étais dans l'appartement, fut que le malade rêvait : je m'approchai pour l'éveiller complètement et je le trouvai dans l'état suivant : Respiration difficile, entrecoupée; les mâchoires sont fortement appliquées l'une contre l'autre; cependant le malade peut, avec de grands efforts, ouvrir la bouche; il s'en échappe alors une énorme quantité de salive épaisse et visqueuse. Il y a des efforts violents de vomissements, qui se répètent aussitôt qu'on fait avaler un peu de liquide. L'articulation des sons est difficile et douloureuse. La tête et le cou sont immobiles; les masseters, les temporaux, les muscles des parties antérieures, postérieures et latérales du cou sont contractés, durs et roides. Les membres supérieurs et inférieurs sont engourdis; le malade dit y éprouver de la roideur, mais les muscles ne sont pas contractés. L'ouïe est obtuse, il semble qu'il y ait du coton dans les oreilles. L'intelligence est intacte; il n'y a de douleur ni à la tête, ni dans aucun point du rachis; le pouls, peu fréquent, est petit et inégal.

L'invasion subite de ces accidents, la fréquence d'accès pernicieux dans les maladies régnantes, me laissa dans l'incertitude sur la nature de l'affection. Je diagnostiquai un tétanos ou une fièvre pernicieuse tétanique, et prescrivis un traitement dirigé contre l'une et l'autre de ces affections. (Large vésicatoire à la nuque.—Frictions sur le rachis avec alcool camphré, teinture thébaïque, de chaque, 30 grammes, acide acétique, 15 grammes. — Sinapismes sur les membres inférieurs. — Potion avec sirop diacode, de valériane, d'éther et eau de tilleul. — Lavements avec assa-fœtida, 1 gramme, laudanum, 30 gouttes, sulfate de quinine, 30 décigrammes.)

Le 10. La salivation a diminué, le pouls s'est relevé, il donne 88 pulsations; tout le corps est couvert de sueur. Les urines sont troubles, mais sans sédiment. Toute idée de fièvre d'accès disparut, et je diagnostiquai un tétanos. Quelle que fût la nature de la lésion, soit que les symptômes observés dépendissent *d'une inflammation de la moelle ou d'une névrose de cet organe*, la constitution du sujet, la maladie dont il venait d'être atteint, le caractère du pouls, ne me laissèrent aucun doute sur l'opportunité d'un traitement

antiphlogistique énergique, et je pratiquai une saignée de 500 grammes. (Potion avec sirop de morphine, eau distillée de laurier-cerise, de chaque, 30 grammes.)

Cinq heures du soir. La roideur des muscles du cou a augmenté. Il y a de la douleur dans ceux des membres inférieurs; le malade se retourne dans son lit, mais tout d'une pièce. — La parole est difficile et très douloureuse, le pouls présente les mêmes caractères. (Ventouses scarifiées tout le long de la colonne vertébrale; elles donnent une grande quantité de sang.—Liniment pour frictions sur le dos avec acétate de morphine, 30 centigrammes, éther acétique, 15 grammes, huile d'amandes douces, 30 grammes. — Lavement avec musc et laudanum. — Potion avec sirop de morphine et eau distillée de laurier-cerise, de chaque, 30 grammes.)

Dix heures du soir. Même état. (Saignée de 500 grammes.) Immédiatement après, le malade éprouve un soulagement marqué dans les membres inférieurs.

Le 11. Sommeil pendant la nuit, la tête commence à se mouvoir, mais avec une vive douleur; la roideur des mâchoires est moindre. — Les membres inférieurs sont toujours engourdis; les muscles de la partie interne des cuisses sont contractés, durs et roides; les mouvements des membres inférieurs sont douloureux. Le pouls est petit, mais sans fréquence. Il y a sentiment de grande faiblesse. Constipation. (Ventouse scarifiée de chaque côté du sacrum, sèche le long du rachis. — Lavement avec musc, 30 centigrammes, laudanum, 30 gouttes, répété le soir. Frictions camphrées sur le cou. Pilule toutes les deux heures, composée d'un décigramme d'extrait gommeux d'opium et de musc.) Le soir, vomissement abondant, puis sentiment de faiblesse extrême; respiration difficile, étouffement. Il semble au malade qu'il est serré dans un corset. Parole difficile. (Sinapismes conservés pendant plusieurs heures.)

Le 12. Respiration facile. Les muscles du cou et des membres inférieurs ont repris de la souplesse, l'estomac est moins embarrassé. (Même lavement, potion avec sirop de morphine.)

Trois heures du soir. Soif vive, pouls plus vif, douleurs vives aux deux jambes. (Recommencer la potion, le lavement, et les frictions sur le rachis avec 30 centigrammes de musc et d'acétate de morphine.)

Le 13. Nuit agitée. Tous les muscles ont repris de la souplesse, la tête se meut en tous sens sans beaucoup de douleur, mais la langue est bien plus embarrassée; les muscles qui s'attachent à l'os hyoïde ont la dureté du bois; la parole est très douloureuse, aussi le malade répond-il par signes. (Bain prolongé pendant trois heures.) Pendant le bain, salivation très abondante, et la langue s'embarrasse davantage. — Cet état augmentant le soir, on prescrit: Sinapismes prolongés. — Lavement avec musc. — Pansement du vésicatoire avec 25 centigrammes d'acétate de morphine. — Potion avec le sirop de morphine.

Le 14. Rémission. Constipation qui n'a pas cessé depuis le début. (Lavement avec séné et sulfate de soude.) Selle abondante. (Bain entier avec sel de soude, 1000 grammes.) La salivation devenant immédiatement très abondante, et l'embarras de la langue augmentant d'instant en instant, on sort le malade du bain. — Le soir, étouffements, douleurs vives à la poitrine avec sentiment de constriction. (Frictions sur la poitrine avec camphre, musc et laudanum; sinapismes prolongés. — Même lavement. même potion. Pansement du vésicatoire avec 25 centigrammes d'acétate de morphine.)

Le 15. Abattement, pouls petit, même difficulté à parler, impossibilité d'uriner. (Bouillon de poulet, cataplasme de poireaux, vésicatoire à la nuque, le premier étant sec; le reste est supprimé.)

Le 16. Moins de faiblesse, la langue commence à se dégager; pendant la nuit, il y a eu des douleurs à la poitrine avec constriction, étouffements. (Continuation des lavements avec musc, potion avec sirop de morphine.)

Le 17. Salivation très abondante, on ne remarque cependant dans la bouche que quelques aphthes. (Gargarisme astringent, fécules.—Mêmes lavements, même potion.)

Le 18. La langue est presque entièrement libre, le reste dans le même état; même prescription.

Le 19. Moins de salivation. Engourdissements passagers des membres inférieurs. (Frictions sèches, lavement purgatif, gargarisme très astringent.)

Le 20. Pendant la nuit, après un sommeil calme, le malade se réveille avec un engourdissement des membres supérieurs et inférieurs accompagné d'une sueur froide. Ce phénomène se renouvelle plusieurs fois dans l'espace de quelques heures. (Application de deux cautères, un sur la portion cervicale du rachis, l'autre sur la portion dorsale.)

Depuis ce moment, le malade alla de mieux en mieux ; il éprouva cependant encore à plusieurs reprises soit de l'engourdissement, soit de l'étouffement ; mais sa langue se dégagea complètement, la parole devint facile, l'appétit et les forces revinrent, et aujourd'hui, 6 février, il peut, à l'aide d'un bras, faire le tour de sa chambre. Il est encore dans un état de maigreur effrayante.

Sur la Vaccination, la Revaccination, et leur vraie valeur, *par le chevalier* **François Wirer de Rettenbach**, *recteur émérite de la Faculté de médecine de Vienne, etc., etc.; en réponse aux questions de l'Académie des sciences de Vienne.*

PREMIÈRE QUESTION.—*La force protectrice de la vaccine est-elle absolue ou seulement temporaire?*

Si, par la force protectrice de la vaccine, on voulait entendre la faculté de protéger d'une manière parfaite l'homme de toute attaque de la petite vérole, l'expérience faite pendant quarante-deux années aurait déjà suffisamment répondu que cette propriété préservatrice n'est que temporaire. Mais veut-on seulement s'assurer que la vaccine a ce résultat, savoir, que pendant toute la durée de la vie la petite vérole, quand même elle surviendrait, revêt des formes plus bénignes, a une issue plus douce et ne devient jamais dangereuse, alors la vaccine doit être regardée comme douée, en effet, d'une force protectrice absolue. L'expérience le démontre journellement, et cette vérité est admise par tous les médecins.

Je n'ignore pas que des cas se sont présentés où des individus vaccinés et ayant eu des pustules avec toutes leurs formes caractéristiques, ont cependant été affectés de la variole; mais ces cas laissent encore des doutes sur la manière dont la vaccination avait été faite. En la pratiquant d'après ma méthode, la réapparition de la petite vérole, bien que n'étant pas tout-à-fait impossible, serait du moins reculée jusqu'à un âge très avancé.

Il est du reste déjà démontré par l'expérience que, parmi deux cents individus, il s'en trouve au moins un qui, dans le cours de la vie, essuie deux atteintes de variole, tandis qu'au contraire il y a des sujets qui meurent à un âge très avancé, sans jamais l'avoir éprouvée. Quoi qu'il en soit, le médecin doit s'estimer heureux de posséder un moyen qui, comme la vaccine, a la vertu de prévenir un exanthème aussi grave que la variole, ou tout au moins d'en atténuer excessivement les dangers. La *force protectrice de la vaccine* doit donc, dans ce sens au moins, être regardée comme *absolue*, et non pas *temporaire*.

DEUXIÈME QUESTION.—*Dans ce dernier cas, il faut déterminer, par des expériences bien exactes et des faits bien authentiques, le temps pendant lequel la vaccine protége contre la petite vérole.*

L'inoculation par la vaccine n'étant pratiquée que depuis un demi-siècle, il doit être difficile d'émettre une opinion décisive sur ce point. En effet, l'inoculation n'est que très rarement sous la direction et la surveillance d'un médecin habile, pendant toute la durée et le développement de l'éruption qui survient. Nous ne possédons pas des données assez

complètes sur le nombre et sur l'importance de tels cas, pour répondre à cette question d'une manière satisfaisante et fondée sur des expériences assez répétées. Au lieu d'énumérer ici les cas rassemblés par d'autres médecins et qui correspondent d'ailleurs avec mon expérience personnelle, fort étendue sur ce point, je me borne à citer ici le résultat des observations de nos médecins des hôpitaux, desquelles il résulte que dans des épidémies de petite vérole et après l'inoculation de la vaccine, cette maladie a attaqué les individus plus fréquemment entre la huitième et la trentième année de la vie; de manière qu'avant et après ces deux âges, il n'existe que peu ou point de susceptibilité pour la petite vérole chez les sujets vaccinés; au delà de quarante ans, la susceptibilité est si peu considérable que parmi 1072 individus, qui dans l'année 1839 ont été traités pour des varioles et des varicelles dans l'hôpital commun de Vienne, un seul avait cet âge. Cependant, dans l'appréciation de ces données numériques, il faut avoir égard à la disposition de l'individu pour les exanthèmes en général, puisque cette disposition diminue au fur et à mesure que l'âge des individus augmente (1).

Il est prouvé, par chaque épidémie, que les enfants plus que tous autres sont protégés par l'inoculation; les cas de varioles et varioloïdes, ainsi que de varicelles, sont très rares dans les premiers sept ans de la vie des enfants vaccinés. D'après la manière dont on pratique la vaccination jusqu'à présent, on peut assurer que la vaccine protége seulement pendant les *premières sept années*, et qu'au delà de cette période la force protectrice diminue, car dès la huitième année on trouve déjà des cas de petite vérole, quoique rarement, et ils deviennent plus fréquents vers la douzième et la quinzième année. La plus grande fréquence de cette maladie, chez des individus vaccinés, se trouve dans la vingtième. Les données de tous les médecins s'accordent sur ce point; cependant elles seront essentiellement modifiées si on se guide, dans l'inoculation, sur la méthode dont je donnerai le développement en répondant à la cinquième question. Jusqu'à présent on peut répondre à la question ci-dessus mentionnée, qu'*il faut répéter la vaccination à l'âge de sept ans, mais qu'à l'âge de quarante ans elle ne doit être pratiquée de nouveau que dans le cas d'une épidémie de petite vérole.*

TROISIÈME QUESTION.—*La pustule de vache a-t-elle un pouvoir protecteur plus sûr ou plus permanent que la matière vaccinale alors qu'elle a déjà servi un plus ou moins grand nombre de fois à des vaccinations?*

Depuis à peu près vingt-deux ans, on entend se renouveler la plainte que la vaccine ne protége plus si bien qu'auparavant. Les faits tirés de l'expérience et que j'ai cités comme réponse à la seconde question, et qui démontrent que la susceptibilité pour la petite vérole se manifeste dans son plus haut degré chez les individus pendant les vingt premières années de la vie, peuvent aussi servir à fournir la raison de la plainte portée contre l'influence de la force protectrice de la vaccine. Cependant, le peu de précaution avec lequel on prend généralement la matière vaccinale des personnes vaccinées pour l'appliquer à d'autres, a probablement contribué beaucoup à diminuer l'intensité de cette force. Ce manque de précaution consiste plus spécialement en ce que les médecins ne dirigent, pour la plupart, leur attention que sur les symptômes locaux pour prononcer sur la nécessité ou non nécessité d'une vaccine, tandis que l'expérience démontre que ce n'est pas tant dans la nature et l'aspect de l'exanthème que dans la présence et l'intensité de la fièvre qui l'accompagne, qu'on doit chercher la preuve de la réussite de l'ino-

(1) Je crois que quelques médecins, et principalement M. Marxsen, ont fait la remarque extraordinaire que, 5 ans même après la vaccination, des varioloïdes ont apparu, mais que des varioles n'ont pas eu lieu avant la vingtième année de l'individu. Mais il ne faut pas douter que ces cas *extraordinaires* ne soient l'effet d'inoculations imparfaites; car ils ont lieu pour la plupart chez des enfants qui, à la campagne, ne sont que rarement inoculés par des médecins.

culation vaccinale, et qu'en conséquence c'est sur la fièvre que le médecin doit plus généralement diriger son attention.

Ce qui est encore plus remarquable, c'est que quelques individus ont bien la fièvre réactive, mais n'ont pas de pustules, soit dans la vraie variole et dans son inoculation, ou dans celle de la vaccine, et qu'ils restent cependant protégés plus tard contre la contagion des varioles, bien qu'ils aient été pendant plusieurs épidémies de petite vérole en contact avec des gens qui en étaient affectés. Le nombre de pareils individus a tellement augmenté dans ma propre pratique comme dans celle d'autres médecins, qu'ils ne peuvent pas être du tout regardés comme des exceptions et comme étant la conséquence du manque de susceptibilité pour l'exanthème.

La réaction qui suit l'inoculation faite avec de la matière vaccinale prise de l'homme offre des propriétés intéressantes qui ont une influence considérable sur la durée de la *force protectrice* de la vaccine, et sur la conservation de sa bonne qualité. Si, par exemple, la vaccine est prise d'un individu en état de bonne santé, dans la première ou la seconde période de son développement, et dans le moment de la plus haute formation de la lymphe (généralement au septième, ou tout au plus au huitième jour), et qu'on vaccine avec cette matière un individu d'un âge et d'une santé semblables, une réaction forte et accompagnée de fièvre aura lieu, qui, bien qu'elle se termine d'une manière douce, ressemblera cependant dans tous ses symptômes essentiels à un exanthème aigu. Si, au contraire, on inocule avec la matière prise d'un individu âgé, un individu plus jeune, l'intensité de la réaction augmente comme la différence des âges. J'ai inoculé avec de la matière prise d'un individu de trente ans un enfant de deux ans, *et j'ai observé une réaction plus forte que celle qui a lieu quand la vaccine est prise immédiatement d'une vache.*

Dans les inoculations que j'ai faites, il y a longtemps, sous la direction de MM. de Herbeck et de D. Closset, avec la matière de la *vraie variole*, j'ai observé de pareils phénomènes. Quand, par exemple, j'ai pris la matière des enfants au-dessus de sept ans, pour l'inoculer à ceux d'un âge moins avancé, une réaction bien forte a toujours eu lieu, et c'est ce qui depuis lors m'a déterminé à me tenir à des âges égaux. Aussi, dans les épidémies de petite vérole, on observe que l'infection communiquée par les enfants aux adultes a toujours une issue plus douce pour résultat, et réciproquement.

Ces faits servent aussi à démontrer ce qui était avancé plus haut, et je les ai mentionnés ici seulement pour ajouter que généralement, en de telles inoculations, les pustules égalent aussi l'intensité de la fièvre réactionnelle dans leur développement et dans leur issue; qu'en conséquence tous les symptômes locaux, si amplement décrits par les auteurs, conservent, en général, leur valeur, autant que la fièvre réactionelle les accompagne; mais que les *plus belles pustules, sans une telle réaction, n'offrent aucune protection contre une contagion qui pourrait avoir lieu plus tard.*

Si donc on veut vacciner avec succès, il est de toute nécessité qu'on le fasse avec la matière d'un individu en bonne santé, sur un individu également en bonne santé, et que la différence de leur âge ne soit pas considérable. Ma propre expérience m'a démontré combien on peut augmenter cette réaction en choisissant des individus d'un âge plus avancé, pour des individus d'un âge moins avancé, puisque j'ai souvent inoculé trois ou quatre fois un jeune enfant avec la matière d'un autre encore plus jeune sans obtenir aucun résultat, tandis qu'en l'inoculant plus tard avec la matière prise d'un enfant plus âgé que lui, j'ai obtenu, le septième jour, une forte réaction accompagnée presque toujours de pustules de même bien développées. De mes observations il résulte aussi que l'intensité du symptôme réactionnel est en général proportionnée au développement des affections locales, et que l'absence de ces dernières ne forme pas toujours, tandis que l'absence de la *réaction générale* forme toujours le *criterium* d'une inoculation avortée.

La santé de l'individu de qui on prend la matière à vacciner pour l'inoculer à d'autres ne doit pas être jugée seulement d'après son état personnel, mais aussi d'après celui de ses parents et des autres membres de sa famille. On agira aussi prudemment si on veut inoculer des enfants nouveau-nés, en choisissant un enfant du sexe féminin,

qui aura été inoculé dans un temps correspondant, parce que la réaction sera alors assez forte. Chez les enfants bruns, la réaction est plus forte que chez les enfants blonds. Dans l'hiver, elle est toujours plus douce que dans les autres saisons. Le tempérament, autant que le médecin peut le juger, mérite aussi son attention. Dans l'inoculation avec de la matière provenant de la petite vérole, que j'ai très souvent pratiquée dès le commencement de ma carrière médicale de cinquante-un ans, j'ai été déjà frappé de la circonstance que des enfants faibles et cachectiques, quand ils ont été inoculés avec de la matière prise à des enfants robustes et en bonne santé, sont devenus eux-mêmes plus robustes et d'une meilleure santé; mais j'ai été encore plus étonné en observant aussi que de tels enfants n'ont pas seulement grandi heureusement, mais aussi qu'ils ont été préservés des maladies héréditaires dans leurs familles. Quant à ce qui regarde les dyscrasies scrofuleuse et arthritique, je peux affirmer d'une manière positive un meilleur état des fonctions végétatives, lorsque l'inoculation a eu lieu d'après ma méthode. Des recherches encore à faire doivent décider si la dyscrasie syphilitique héréditaire, ou les diathèses, qui sont composées de différents caractères originaux, peuvent aussi être, pour ainsi dire, neutralisées par l'inoculation faite d'après les règles que j'ai indiquées. A ces expériences concernant l'influence bienfaisante de l'inoculation sur la totalité des fonctions végétatives, si cette inoculation est opérée d'après ma méthode, qui est basée tout à la fois sur l'observation et sur les principes généraux de la pathologie, se rattachent immédiatement les expériences concernant l'influence fâcheuse de l'inoculation, telle qu'on l'a opérée et qu'on l'opère encore souvent. Les plaintes que font encore bien souvent les gens du monde, de ce que des maladies jusqu'alors absentes surviennent après l'inoculation, ne sont pas toujours sans fondement.

Il n'est aucun médecin de quelque expérience qui puisse révoquer en doute que des maladies aiguës, et même des affections chroniques, soient susceptibles d'être communiquées par la vaccine. Cela n'a pas été seulement observé par moi, mais aussi par quelques autres de mes collègues, et récemment par le docteur Dopp, dans la maison d'enfants trouvés à Saint-Pétersbourg (*voyez* les communications des *Archives de la Société des Médecins à Saint-Pétersbourg*, vol. XIII, 1840). De telles observations devront être plus fréquentes dès que des médecins expérimentés exprimeront leur pensée sans aucune réserve. On a craint, en publiant de telles observations, de nuire à la vaccination et d'empêcher le public d'avoir confiance dans sa force protectrice, et cette crainte est fondée ; mais cela ne doit pas empêcher de faire connaître toute la vérité aux médecins.

J'ai abordé ce sujet seulement pour motiver une opinion que j'ai exprimée publiquement dans plus d'une occasion, et d'après laquelle l'importation de la matière vaccinale des pays étrangers et des hôpitaux des autres pays, ainsi que des établissements particuliers d'Angleterre, qui n'offrent pas de garantie suffisante, n'est pas du tout à conseiller.

Il en est de même des maisons des enfants trouvés et des orphelins, et bien que les petits enfants y aient une apparence de bonne santé, ils n'offrent pourtant aucune sûreté suffisante contre des dyscrasies contagieuses, puisque, par le manque de connaissance de l'état de santé de leurs parents, la lymphe formée dans les pustules vaccinales de tels enfants doit être regardée comme renfermant un élément inconnu, qui peut d'autant plus donner lieu à la dégénération de la matière vaccinale que les précautions sanctionnées par ma longue expérience ne sont pas du tout observées pendant l'inoculation, et que les symptômes locaux seuls sont appréciés. D'ailleurs, on ne peut pas attendre une force protectrice énergique de la part d'une matière vaccinale prise de jeunes enfants, tels qu'on les trouve dans les établissements publics, et qui, de plus, est encore envoyée en d'autres endroits pour servir à de nouvelles vaccinations. La transition de la matière vaccinale à travers des individus différents, si répétée qu'elle soit, pourvu que ces derniers soient d'une bonne santé et que les règles que j'ai prescrites président à l'inoculation, ne porte aucun préjudice ni à la qualité ni à la réaction qui doit suivre l'inoculation du vaccin.

QUATRIÈME QUESTION. — *En cas que la force protectrice de la vaccine diminue avec le temps, doit-on la renouveler, et d'après quelle manière?*

La réponse que nous venons de faire à la troisième question s'adresse à la *quatrième*. Le besoin du renouvellement de la vaccine ne peut se faire sentir que dans le cas où les phénomènes généraux et réactionnels auraient été trop faibles; et alors il suffit d'inoculer la matière d'un individu plus âgé à un sujet plus jeune.

CINQUIÈME QUESTION. — *L'intensité des phénomènes locaux, quand ils sont produits par la matière vaccinale, est-elle en proportion avec la force protectrice de la vaccine contre la petite vérole?*

La réponse à cette cinquième question est aussi comprise dans celle faite à la troisième. —Sans doute la fièvre réactive qui survient après la vaccination doit être regardée comme la preuve indispensable de sa réussite, quand elle est jointe au phénomène des pustules normales sous le rapport de leur forme et de leur développement; car ces deux éléments renferment les caractères d'après lesquels le médecin peut conclure si son inoculation protégera contre la petite vérole et pour combien de temps. Dans le cas où la pustule manque, la *réaction fébrile* suffit. C'est à cause de cela qu'il ne faut pas tant regarder les symptômes locaux, mais plus spécialement les phénomènes généraux. Ainsi il est très souvent arrivé, dans l'inoculation de la *vraie variole*, que la fièvre a paru sans être accompagnée par aucune pustule, et cependant l'inoculation a protégé contre la contagion. Combien d'enfants trouve-t-on, en qui les pustules ont été d'une beauté remarquable et ont laissé de bonnes cicatrices : et cependant, ces enfants ont été attaqués peu de temps après par des varioles, varioloïdes et varicelles! L'intensité des phénomènes locaux dépend aussi de circonstances très variables et peu essentielles à la réussite de l'inoculation : une peau tendre et pleine d'humeurs ainsi que des cheveux blonds font que la personne est disposée à une inflammation locale plus violente. Un temps, une habitation humide, une saison chaude produisent le même effet.

IXIÈME QUESTION. — *Est-il nécessaire d'inoculer les mêmes individus plusieurs fois, et après combien d'années?*

D'après la réponse à la troisième question, cette dernière aurait déjà dû être résolue, ainsi qu'un ordre rigoureux l'eût exigé, bien qu'avec les données et l'expérience actuelles, une telle réponse ne puisse être qu'imparfaite. Une fois que l'attention des médecins sera dirigée sur la fièvre en particulier, on observera de meilleurs résultats chez les individus vaccinés, résultats qui jusqu'à présent n'étaient pas possibles. La prudence conseille de revacciner tous ceux sur qui on ne possède pas des renseignements exacts et satisfaisants concernant le développement de la fièvre vaccinale, ainsi que tous ceux qui ont été inoculés depuis plus de sept ans, toutes les fois qu'une épidémie de petite vérole aura lieu. La septième année de la vie doit être regardée comme offrant plus de sûreté pour de nouvelles vaccinations, ainsi que cela se pratique maintenant, puisque, dans mille inoculés qui sont attaqués de la petite vérole modifiée, ou de varicelle, on n'a observé que rarement des individus au-dessous de dix ans et presque jamais au-dessous de sept ans, si toutefois l'inoculation a eu lieu d'après des règles sévères. Après la quarantième année de la vie, l'inoculation est inutile, puisque aucune infection n'a encore été observée chez une personne de cet âge, une fois vaccinée.

RÉSUMÉ. — Si donc on doit compter sur la propagation générale d'une vaccine douée d'une force protectrice suffisante, il faut, d'après mes vues individuelles, que la matière vaccinale soit choisie dans un individu dont le système musculaire soit bien développé, l'influence nerveuse énergique, qui soit né en même temps de parents sains et bien formés. De plus, cette matière doit offrir, vers les sixième, septième et huitième jours après l'inoculation, une réaction, soit locale, soit générale, très vive. C'est seulement *sous de telles conditions* qu'une action protectrice peut être attendue chez des sujets

d'un an, si la matière vaccinale est prise d'un sujet plus âgé, *mais qui n'ait pas plus de sept ans ;* et c'est cette époque de sept ans, chez qui toutes les conditions nécessaires sont remplies, qui doit nous guider pour obtenir chaque fois une force protectrice individuelle, capable d'être déterminée d'avance.

REVUE CRITIQUE.

ICTÈRE; *altération organique du parenchyme hépatique ; oblitération des canaux et de la vésicule biliaires ; concrétions biliaires trouvées dans la veine-porte.*

M. le docteur Devay, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a publié, sur les maladies de l'appareil biliaire, une observation d'un grand intérêt.

Une femme âgée de 67 ans, après avoir éprouvé divers accidents du côté des voies digestives, et avoir été atteinte de fièvre tierce prolongée, fut prise de douleurs à l'hypocondre droit, de jaunisse et de constipation, qui se terminèrent par un collapsus, suivi de mort.

L'autopsie révéla les particularités suivantes : le foie avait un petit volume, sa coloration était d'un jaune sale tirant sur le vert, et il avait perdu sa cohésion habituelle ; il était profondément ramolli.

Le tronc et les divisions principales de la veine-porte étaient remplis de corps cylindriques, solides, noirâtres extérieurement, présentant à l'intérieur une coloration semblable à celle de la rouille. La vésicule du fiel n'existait pas; mais à la place on trouvait une petite tumeur dure ; c'était un calcul arrondi de la grosseur d'une petite noix, revêtu d'un kyste séreux. Sur le côté gauche de cette petite tumeur se voyait un petit cordon fibreux (très probablement le canal cystique) qui allait se réunir à un autre plus long, partant de la surface concave du foie pour se diriger ensuite vers le duodénum.

L'artère hépatique était d'un volume incontestablement moindre qu'elle ne doit l'être dans l'état normal. La veine-cave inférieure n'offrait rien de particulier.

Ces concrétions, analysées par M. Guillermond fils, pharmacien et chimiste de Lyon, ont donné les principes suivants :

1° Cholestérine ; 2° stéarine ; 3° matière colorante jaune ; 4° matière résineuse verte de la bile ; 5° picromel ; 6° sels magnésiens.

M. Devay fait suivre cette observation de réflexions étendues sur la pathogénie de l'ictère, qu'il a résumées dans les propositions qui suivent :

1° Le sang de la veine-porte est un sang spécial, et fournit au foie les matériaux de la sécrétion biliaire ;

2° Les principes les plus importants de la bile, tels que la cholestérine, la matière résineuse verte, la matière jaune, la stéarine, etc., sont contenus *en nature* dans le sang de la veine-porte.

(*Gazette médicale.*)

DES CAUSES DE LA CYANOSE.

La cyanose, ou maladie bleue, a été l'objet d'un grand nombre de recherches, relatives surtout à son étiologie. Il règne sous ce rapport dans la science des opinions bien différentes ; ainsi les uns, avec Corvisart et M. Gintrac, pensent que cette affection est toujours le résultat de la confusion des deux sangs veineux et artériel ; d'autres, comme Billard, admettent qu'elle doit être rapportée au défaut d'oxigénation du sang veineux ; M. Louis l'attribue à la gêne de circulation veineuse, déterminée par le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire. Enfin, M. Stacquez vient de publier, dans les *Annales de la société de médecine de Gand,* un mémoire dans le but de prouver que la coloration bleuâtre des téguments et des muqueuses extérieures est due à la stase du sang noir dans le système veineux.

Toutes ces opinions nous paraissent devoir être admises pour expliquer tous les faits de cyanose qu'on peut observer ; elles ne s'excluent pas mutuellement, et nous regardons comme oiseuses toutes les discussions élevées sur ce sujet. En effet, la cyanose n'est point une maladie idiopathique ; elle constitue seulement un symptôme, à savoir, la coloration bleuâtre des surfaces tégumentaires et muqueuses. Or, cet accident apparaît dans une infinité de circonstances ; on l'observe à la suite des lésions congéniales ou accidentelles du cœur, des poumons, des gros vaisseaux, qui, mettant obstacle au passage du sang à travers les orifices du cœur, le font refluer dans les vaisseaux veineux de la peau et des muqueuses auxquelles il communique une coloration bleuâtre.

Nous trouvons dans le mémoire de M. Stacquez une observation de cyanose qui ne manque pas d'intérêt.

Un enfant mâle âgé de 18 mois était depuis sa naissance atteint d'accès de suffocation et d'une lividité violette à la peau des mains, des paupières et des oreilles, lorsqu'il succomba tout à coup au milieu d'un violent

accès de suffocation, et affecté d'une teinte bleuâtre de tous les téguments.

Voici ce que l'autopsie fit découvrir à M. Stacquez. Une oreillette unique, fortement distendue par du sang noir, recevait en arrière une veine cave inférieure, deux veines caves supérieures, et, en outre, à droite, deux veines pulmonaires, à gauche une seule, à laquelle, il est vrai, une autre venait aboutir; l'intérieur de cette oreillette n'offrait qu'un rudiment de cloison charnue. Une ouverture auriculo-ventriculaire conduisait dans un ventricule rempli de sang noir, à parois épaisses, duquel naissait l'aorte. Une petite cavité, annexée à ce ventricule, tenait lieu de ventricule droit, et présentait l'origine de l'artère pulmonaire.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DYNAMIQUE DE L'AFFECTION SATURNINE.

M. Gabrini a fait preuve de connaissances étendues dans ce travail, où il discute la pathogénie et le traitement des maladies saturnines. Avant d'analyser les idées de ce médecin, nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs les opinions pratiques généralement admises en France sur ce sujet important, qui a été dans ces derniers temps l'objet de travaux si remarquables.

Les émanations saturnines, absorbées par l'économie, révèlent leur action délétère par plusieurs manifestations morbides bien déterminées. Les deux systèmes nerveux qui président, l'un à la vie intérieure, l'autre à la vie de relation, sont également exposés à devenir le siége des divers troubles qui constituent l'empoisonnement saturnin. Ainsi, quand c'est sur les viscères contenus dans l'abdomen que le plomb a porté son influence pernicieuse, la colique se montre avec toutes ses variétés. Si c'est l'appareil nerveux rachidien qui se trouve atteint, alors peuvent apparaître dans les organes de la vie de relation ces douleurs vives qui caractérisent l'arthralgie, ou cette perte, soit du mouvement, soit du sentiment, qui signalent la paralysie ou l'anesthésie saturnines. Est-ce l'encéphale qui est affecté; du délire, des convulsions ou du coma, caractérisent l'encéphalopathie saturnine. Comme on le voit, le mode des diverses formes de l'empoisonnement saturnin n'est point identique, puisque, pour le système nerveux de la vie intérieure, on n'observe que l'exaltation de l'action nerveuse, tandis que pour le système nerveux de la vie de relation, les phénomènes de sensibilité et de motilité peuvent être tantôt exaltés, tantôt abolis. Ces affections, qui offrent de grandes différences sous le rapport de leur fréquence, de leur siége, de leur physionomie, de leur marche, de leur durée et de leur traitement, ont une existence indépendante, et n'ont de rapport réel et nécessaire que leur commune origine.

Enfin, avant que ces maladies ne traduisent, soit isolément, soit collectivement, l'empoisonnement saturnin, certains phénomènes révèlent déjà dans l'économie l'absorption des préparations de plomb. L'intoxication saturnine primitive, ou la cachexie saturnine, a pour caractère la coloration gris-ardoise des gencives, des dents et de la muqueuse buccale, la saveur métallique, la fétidité de l'haleine, la teinte jaune terreuse ou ictère saturnin, l'émaciation générale, et la lenteur et la petitesse du pouls. (*Traité des maladies saturnines*, par L. Tanquerel des Planches, tom. I[er], pag. 1 à 22.)

Dans son travail dogmatique, M. Gabrini considère les maladies saturnines sous le point de vue de la doctrine italienne, dont M. Giacomini est dans ce moment le principal chef. Il n'est donc pas étonnant que cet auteur n'arrive pas aux mêmes conclusions que les cliniciens français.

M. Gabrini pense que la maladie produite par les émanations saturnines est toujours la même au fond, la seule différence étant dans les différentes formes qu'elle affecte. Seulement, l'intoxication saturnine primitive, ou la cachexie de même nom, voilà le fond de la maladie; la colique, l'arthralgie, l'anesthésie, la paralysie et l'encéphalopathie ne sont que des accidents secondaires. Cette unité fondamentale des affections saturnines étant bien constatée, il en découle nécessairement que la base du traitement de toutes les formes de la maladie doit toujours être la même. M. Gabrini passe en revue les diverses méthodes du traitement, et arrive à une conclusion thérapeutique que ses opinions doctrinales font deviner à l'avance. Pour lui, le fond de toutes les maladies saturnines, au point de vue dynamique, étant de nature hyposthénique ou de faiblesse, il déclare que leur traitement dynamique doit toujours être le même, stimulant; les opiacés, l'eau de cannelle et le vin, tels sont les moyens à employer constamment.

Les idées dogmatiques de M. Gabrini sur la pathogénie des maladies saturnines tendent évidemment à renverser une croyance accréditée, en vertu de laquelle une même cause peut produire sur l'organisme des effets pathologiques différents, sous les rapports du siége et de la nature, et qui par conséquent exigent un traitement non identique.

Nous avons vu d'ailleurs que les opinions de M. Gabrini ne sont point conformes aux faits journaliers que l'examen des malades permet de constater.

Quant à sa méthode de traitement, il y a fort longtemps qu'elle a été préconisée, examinée, et presque généralement abandonnée.

Dans ces derniers temps encore, à l'hôpital de la Charité, où se donnent comme rendez-vous les maladies saturnines, toutes les méthodes vantées contre les maladies saturnines ont été de nouveau essayées sur une grande échelle par plusieurs médecins ; les expériences contemporaines sont venues d'une part confirmer celles des temps passés, et de l'autre ajouter à ce qui était déjà connu. Il reste aujourd'hui bien démontré que les maladies saturnines exigent un traitement qui n'est pas le même pour chacune d'elles ; la paralysie saturnine, par exemple, ne cède pas aux mêmes moyens que la colique.

Le traitement le plus généralement adopté est le suivant ; c'est celui employé journellement à la Charité et dans la plupart des hôpitaux de Paris.

La colique saturnine est combattue à l'aide de l'huile de croton tiglium, ou au moyen du traitement de la Charité, composé essentiellement de purgatifs drastiques ; la paralysie est traitée par la strychnine et l'électro-puncture ; contre l'arthralgie on emploie les bains sulfureux ; quant à l'encéphalopathie saturnine, jusqu'à présent l'observation a démontré que l'expectation était le meilleur traitement à employer.

(*Annales de thérapeutique.*)

DE L'ABSORPTION DES MÉDICAMENTS.

Les lois qui président à l'absorption, la part que prennent à cette grande fonction les veines et les vaisseaux lymphatiques, tous ces points de physiologie sont encore couverts d'une grande obscurité, quoique des travaux nombreux et remarquables aient été publiés à notre époque pour éclairer ces questions, dont la solution doit tourner au profit de la pratique. M. Panizza, anatomiste et physiologiste recommandable par plusieurs travaux, a cherché à éclairer tout ce qui tient à l'absorption par de nouvelles recherches qui, fort intéressantes, semblent jeter quelques lumières sur l'action des médicaments. Toutefois nous faisons nos réserves sur certaines parties du travail de M. Panizza, qui nous a paru quelquefois s'être laissé entraîner à des conséquences physiologiques et thérapeutiques tant soit peu hasardées.

Voici les conclusions que le médecin italien tire des recherches et des expériences de son grand travail.

1° Les systèmes vasculaires sanguin et lymphatique n'ont point d'extrémités libres ; par conséquent, les sécrétions et les absorptions s'effectuent par le moyen de la porosité du système capillaire.

2° L'absorption se fait par la voie des lymphatiques et par le moyen des veines.

3° Les substances sont d'autant plus absorbées qu'elles sont plus solubles ou plus ténues et assimilables.

4° Puisque les substances minérales inassimilables, telles que le tartre stibié, le kermès minéral, l'éthiops antimonial, l'acide boracique, le muriate de baryte, se trouvent en grande quantité dans les fèces, surtout lorsqu'elles sont peu ou nullement dans les fluides animaux, il convient, en thérapeutique, non pas tant d'augmenter la dose de ces médicaments que de chercher à les atténuer et les rendre solubles, de les administrer à doses médiocres, mais répétées. L'auteur rapporte, pour montrer combien l'absorption intestinale est lente et fait défaut, que chez quelques malades, traités par de fortes doses d'acide boracique, de prussiate de potasse, de sulfate de fer, d'hydriodate de potasse, les matières fécales continuèrent à en présenter trois ou quatre jours après qu'avait cessé l'administration du médicament.

5° De ce que certaines substances minérales inassimilables continuent à manifester leur présence dans le sang et l'urine, quelques jours après qu'on en a cessé l'ingestion, il ressort, pour la médecine pratique, le précepte de ne pas augmenter journellement les doses de ces substances, de l'iode, du mercure, du plomb par exemple, et d'autres, comme on le fait pour des médicaments de nature organique, assimilables par cette raison que la quantité des premières substances, et par conséquent leurs effets, s'augmentent chaque jour indépendamment de l'accroissement de dose.

6° Les médicaments pénètrent dans le sang, circulent avec ce fluide, pour de là agir sur les nerfs. Le sang est donc la voie par laquelle l'action elle-même se transmet au système nerveux.

7° Puisque certaines substances passent plus facilement et plus directement que d'autres dans le sang, on conçoit comment ce liquide peut s'altérer par telles de ces substances, ou au contraire améliorer par elles sa composition en recouvrant les principes qui lui manquaient.

8° Il n'est pas nécessaire, pour que les médicaments produisent leurs effets, qu'ils soient digérés et assimilés. Ces effets sont même d'autant plus prononcés que les substances sont moins altérées en pénétrant dans le sang.

M. Panizza cherche à expliquer par quelques-uns de ces principes généraux divers faits qu'offre la thérapeutique ; et, rappelant la puissance et la rapidité de l'absorption des voies respiratoires, il s'étonne qu'on n'y ait pas égard autant qu'elle le mériterait, malgré les avantages que la pratique a déjà retirés de l'administration de certains médica-

ments, à l'état de vapeur sèche ou humide, par cette voie.

(*Memorie dell' I. R. Instituto lomb.*, 1841, tom. 1er et séparément, in-4°.)

POLYPE CHARNU DU CŒUR.

Les concrétions fibrineuses plus ou moins denses et décolorées que l'on rencontre si souvent dans les cavités du cœur ont été longtemps considérées comme de véritables polypes. Les recherches modernes ont fait justice de cette erreur. Il est très rare de constater dans cet organe de véritables polypes, c'est-à-dire des concrétions sanguines anciennes, parfaitement organisées; c'est cette circonstance qui donne de l'intérêt à une observation de polype du cœur, recueillie par M. Depuysaie, et insérée dans les *Annales d'anatomie et de physiologie pathologiques*, publiées par M. Pigné, conservateur du musée Dupuytren.

Les symptômes avaient été ceux d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. A l'autopsie, on reconnut que le ventricule gauche était rempli par une masse charnue offrant plusieurs embranchements qui tous se réunissaient à un pédicule inséré sur la cloison inter-auriculaire. Cette tumeur, après avoir pris un certain développement dans l'oreillette, était descendue dans l'orifice auriculo-ventriculaire. Sa longueur totale, depuis son pédicule jusqu'au sommet, offrait sept centimètres; elle se subdivisait en huit ou dix rameaux; le pédicule d'implantation, qui avait cinq millimètres d'épaisseur, était en partie ossifié. Du reste, la tumeur était réellement charnue, d'un rose de muscle, et tellement résistante qu'on enlevait la totalité du cœur en saisissant la tumeur par n'importe quelle partie du polype; le ventricule gauche était hypertrophié.

M. Pigné a représenté cette altération organique dans une belle planche, qui fait très aisément reconnaître toutes ces particularités.

(*Annales de l'anatomie et de la physiologie pathologiques*, publiées par M. Pigné, conservateur du musée Dupuytren.)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

HUILE DE MORUE, *son emploi contre l'affection tuberculeuse dans l'enfance.*

PANCK.

M. Panck, chargé de l'inspection du service des orphelins, à Moscou, confirme tout ce qu'on sait sur l'efficacité de l'huile de foie de morue pour combattre la diathèse scrofuleuse; il reconnaît de plus une grande puissance à ce moyen thérapeutique dans le début de l'affection tuberculeuse chez les enfants. « Si des ganglions cervicaux sont indurés chez de jeunes sujets, surtout du sexe féminin, et qu'ils viennent à se résoudre et à disparaître tout à coup, dit l'auteur, et qu'alors les malades se trouvent pris d'une petite toux sèche, d'une douleur fixe sous le sternum et en d'autres parties du thorax, qu'il se manifeste de l'amaigrissement et qu'il survienne de légers accès fébriles le soir, les malades sont menacés de l'invasion imminente d'une phthisie tuberculeuse, et, si on ne réussit pas à conjurer le mal à ce premier stade, les tubercules se ramollissent ou suppurent, et, dans l'espace de peu de semaines on voit des sujets qui paraissaient robustes jusqu'à ce moment, tomber victimes de cette désastreuse maladie.

« J'ai réussi dans un bon nombre de cas, lorsque j'ai été appelé à temps, à enrayer la marche de cette affection. A peine avais-je fait prendre l'huile de foie de morue depuis quelques semaines, que la toux disparaissait, la douleur de poitrine se calmait, les accidents fébriles cédaient, le malade reprenait un meilleur aspect. Mais, par contre, lorsque la phthisie est tout à fait déclarée et parvenue à une période avancée, ce traitement reste le plus ordinairement impuissant comme tous les autres moyens vantés jusqu'ici. »

Emploi de l'huile de foie de morue.

STOEBER.

M. Stœber conclut de ses observations que l'huile de foie de morue est peu efficace contre les engorgements glanduleux du cou, et, par contre, a une efficacité réelle dans les affections scrofuleuses du système osseux.

Nous allons faire connaître plusieurs préparations nouvellement préconisées, qui ont pour base les huiles de foie de raie ou de morue.

Savon d'huile de foie de morue.

DESCHAMPS.

Huile de foie de morue. 60 gr.
Soude caustique....... 8 gr.
Eau.................. 20 gr.

Dissolvez la soude et mêlez.

Ce savon pourrait être employé à la manière des emplâtres, et pourrait servir à panser les plaies, car il n'est pas alcalin. 8 grammes de savon représentent 5 gram. 50 centig. d'huile.

Saponé d'iodure de potassium ou savon d'huile de foie de morue.

DESCHAMPS.

Iodure de potassium.......... 4 gr.
Eau......................... 4 gr.
Savon d'huile de foie de morue. 30 gr.

Mêlez.

Baume d'huile de foie de morue.

Savon d'huile de foie de morue.. 60 gr.
Alcool à 90°.................. 60 gr.

Faites fondre au bain-marie et renfermez dans des flacons à baume Opodeldoc. 32 gram. de baume représentent 11 grammes d'huile.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou *Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées*, par M. VALLEIX, médecin des hôpitaux, etc. — Paris, veuve Lenormant, rue de Seine, n° 8; 1843, 2e volume. Prix : 8 fr. 50 cent.

Les deux premiers volumes, contenant un *Traité complet des maladies des voies respiratoires*, se vendent, séparément, 17 fr.

Il paraît une livraison le premier de chaque mois. Six livraisons envoyées franc de port, prix : 10 fr.

Le premier volume de cet ouvrage a paru l'an passé. Le second volume, que nous annonçons, achève l'exposition des maladies des voies respiratoires.

L'auteur a adopté une division qui nous paraît très propre à embrasser d'une manière claire, succincte et complète tous les points de l'affection dont il traite. Ainsi, prenant pour exemple l'histoire de la pneumonie aiguë, nous y trouvons d'abord la définition, la synonymie et la fréquence de la maladie; ensuite viennent les causes prédisposantes et occasionnelles; puis les symptômes et les formes diverses de la pneumonie primitive et consécutive. Nous passons de là à la marche, à la durée et à la terminaison de la maladie. Nous étudions ensuite les lésions anatomiques, le diagnostic, le pronostic, le diagnostic différentiel ou comparatif. L'histoire du traitement est aussi complète que possible. On y trouve toutes les méthodes qui ont été préconisées, celle des saignées (Sydenham, Bouillaud); celle des antimoniaux (Rasori, Laennec, Trousseau) ; enfin, les méthodes propres à chaque forme de pneumonie. L'auteur termine cette revue thérapeutique par des ordonnances ou formules de traitement applicables à chaque variété ou forme de pneumonie aiguë.

M. Valleix, qui est connu par d'intéressantes recherches, et qui possède, comme on le sait, un bon fonds de littérature médicale et d'expérience clinique, était parfaitement à même de remplir la tâche qu'il s'est imposée. Aussi son *Guide du médecin praticien* résume-t-il fidèlement tous les progrès, et, il faut le dire, toutes les incertitudes actuelles de la science.

Il est une de ces incertitudes que nous avons cherché à dissiper, c'est celle qui a trait à l'histoire de l'emphysème et de l'asthme. M. Valleix répond aux différentes objections que nous avons dirigées contre la théorie de M. Louis sur l'emphysème (*Etudes théoriques et pratiques sur les bruits respiratoires; Archives*, août, octobre, décembre 1840; Beroud, *De l'asthme*, thèse de Paris, 1842). C'est donc une obligation pour nous de revenir sur les points principaux de la discussion, sous peine de laisser croire que nos raisons n'étaient pas fondées.

Nous avons démontré que l'emphysème vésiculaire, ou la dilatation des vésicules pulmonaires, est produit toutes les fois qu'une cause mécanique, liée à l'expiration, refoule et accumule l'air dans les vésicules du poumon, comme cela se voit dans la coqueluche, le croup, l'asphyxie par submersion (Devergie), l'effort (Gavarret). Le catarrhe bronchique produit le même résultat, par suite des obstacles que le mucus apporte à la sortie de l'air des vésicules, d'autant plus qu'alors il y a habituellement des efforts de toux qui font réagir l'air emprisonné contre les parois des vésicules. Cet emphysème, produit par le catarrhe bronchique, est le plus commun de tous; c'est celui qui retient plus particulièrement le nom d'*emphysème;* et comme on doit bien le penser, il y a dans cette affection complexe des symptômes qui appartiennent, les uns à l'emphysème, et les autres au catarrhe. Or, nous pensons, et c'est en cela que nous différons de M. Louis et des autres pathologistes, nous pensons, dis-je, que les râles, l'absence du murmure vésiculaire et la dyspnée souvent extraordinaire que l'on observe dans cette maladie, dépendent uniquement de la matière catarrhale qui obstrue les bronches, tandis que l'emphysème ne donne lieu qu'à une augmentation de sonorité, et à une plus grande ampliation de *toute* la cavité thoracique. La preuve de cela, c'est que lorsque les voies bronchiques sont entièrement débarrassées du mucus, ce qui s'observe souvent, et ce qui se connaît à la disparition complète des râles et au retour général du murmure vésiculaire, la dyspnée n'existe plus, et le thorax retrouve sa sonorité et son amplitude normales.

D'après cela, on voit que le catarrhe bronchique est la cause de la dyspnée et de l'emphysème; quant à l'emphysème, il ne joue qu'un rôle tout-à-fait secondaire dans la maladie.

Nous pouvons maintenant, après ce rapide exposé, reprendre les principales raisons apportées par M. Valleix pour soutenir la théorie de son honorable maître.

« Déjà, dit M. Valleix, nous avons vu que la maladie tend à se transmettre par hérédité; or, n'y aurait-il, dans ce cas, qu'une simple transmission de la facilité à contracter la bronchite ? »

Pourquoi non? Est-ce qu'il répugne le

moins du monde d'admettre, pour la bronchite, la transmission héréditaire qu'on observe pour le catarrhe utérin, la gastrorrhée et certaines sécrétions morbides?

« M. Louis a vu deux sujets qui n'éprouvaient ni dyspnée, ni aucun autre signe de catarrhe pulmonaire, quoique les symptômes physiques de l'emphysème existassent à un haut degré. »

Il serait bien important de connaître les détails de ces deux faits extraordinaires, car on désirerait savoir quels étaient les symptômes physiques de l'emphysème qui existaient à un si haut degré en l'absence de ceux du catarrhe. Etaient-ce les saillies circonscrites du thorax? Nous verrons plus loin qu'elles ne prouvent rien. Etait-ce l'absence du murmure vésiculaire? C'est un signe du catarrhe qu'il ne faut pas rattacher à la dilatation vésiculaire. Quels étaient donc ces symptômes si marqués, produits par le seul emphysème, indépendamment du catarrhe?

« Enfin on verra, dans la description qui va suivre, que l'emphysème affecte d'abord et de préférence le bord antérieur du poumon, de telle sorte qu'à son début il est presque toujours borné à cette partie de l'organe. On ne saurait évidemment admettre que les bronches, dont les extrémités vont se rendre au bord tranchant de l'organe, sont seules affectées de catarrhe et obstruées. »

M. Valleix suppose que l'on a des signes si précis et si positifs de l'emphysème, que l'on peut suivre les progrès de la dilatation vésiculaire qui débuterait par la partie antérieure du poumon. La grande raison que l'on apporte en faveur de ce siége de l'emphysème, c'est la présence des saillies thoraciques en avant. Or, cette valeur séméiologique des saillies n'est pas telle qu'on le dit, car il est impossible de démontrer que ces saillies soient produites par l'emphysème, comme nous le verrons plus loin. Nous accordons pourtant qu'à l'autopsie on observe particulièrement l'emphysème au bord tranchant des poumons, mais nous pensons que s'il n'est pas visible en arrière, cela tient uniquement à la présence des congestions sanguines ou séreuses qui affectent si ordinairement le bord postérieur des poumons.

« Que conclure de là? qu'il faut chez les sujets une prédisposition particulière que nous ne pouvons saisir; en un mot, je le répète, que *tout n'est point mécanique* dans la production de cette maladie. Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est qu'on a vu une simple émotion morale donner lieu à l'emphysème pulmonaire. »

Certainement tout n'est pas mécanique dans cette maladie; ainsi, ce qui n'est pas mécanique, c'est la sécrétion de la matière muqueuse qui produit les râles, l'absence du murmure vésiculaire, la dyspnée et l'emphysème. Ce qui est mécanique, c'est la production des râles, l'absence du murmure vésiculaire, de la dyspnée et de l'emphysème par la matière catarrhale. On a vu, dit-on, une simple émotion morale donner lieu à l'emphysème; or, quelle répugnance y a-t-il à admettre que cette émotion a d'abord contribué à la production du catarrhe qui détermine l'emphysème? Une cause morale peut déterminer l'apparition d'un flux catarrhal, tout comme elle produit un flux diarrhéique, et l'on comprend bien mieux cette détermination médiate de la dilatation vésiculaire que sa production directe par une cause morale.

A ce sujet, nous devons faire observer que le refroidissement ou le rhume n'est pas la cause exclusive du catarrhe bronchique. Dernièrement, M. Royer-Collard a cité l'observation d'un individu qui devint emphysémateux après avoir fumé le *narguilé* (pipe turque dont on inspire la fumée). Or, n'est-il pas bien naturel de concevoir que le contact irritant et répété de la fumée de tabac sur la muqueuse bronchique y ait déterminé la formation d'un catarrhe, qui aura traîné après lui ses conséquences invariables, c'est-à-dire des râles, de la dyspnée et de l'emphysème?

Enfin, il y a bien d'autres causes du catarrhe bronchique et de la dyspnée qui en résulte. C'est ainsi qu'on le voit produit par la rétrocession de la goutte, une métastase rhumatismale, etc., etc. Encore une fois donc, nous pensons, avec M. Valleix, que tout n'est pas mécanique dans la maladie qu'on appelle *emphysème*.

Depuis quelques années, on décrit sous le nom de *bronchite capillaire aiguë* une affection catarrhale qui trouve justement sa place dans l'ouvrage de M. Valleix, et qui me paraît bien propre à faire comprendre la véritable pathogénie de l'emphysème (1). Cette affection est caractérisée par de la fièvre, l'existence de râles très nombreux, l'absence du murmure vésiculaire, une dyspnée très forte et la sonorité de la poitrine; on trouve, à l'autopsie, une dilatation des vésicules pulmonaires; mais l'on reconnaît que l'emphysème et la dyspnée sont le résultat mécanique du catarrhe fébrile. Or, nous le demandons, pourquoi ne comprend-on pas de la même manière la formation de l'emphysème dans tous les cas de catarrhe bronchique? Est-ce parce qu'il y a de la fièvre dans la bronchite

(1) C'est ici le cas d'annoncer une thèse *Sur la bronchite capillaire*, faite avec soin par M. Foucart, et soutenue, le 1er août 1842, devant la Faculté de Paris. C'est un travail à consulter, ainsi que le mémoire de M. Fauvel.

capillaire, et qu'il n'y en a pas dans les autres catarrhes? Cependant la fièvre ne peut pas, par elle-même, exercer aucune influence sur la dilatation des vésicules, et si la matière catarrhale est la cause de la dyspnée et de la dilatation vésiculaire dans la *bronchite capillaire* fébrile, on est forcé de conclure que la même matière est également la cause de la dyspnée et de l'emphysème dans les catarrhes non fébriles.

Cependant il faut reconnaître que MM. Louis, Valleix et les autres pathologistes accordent une certaine influence au catarrhe sur les accès de dyspnée ; mais ils pensent qu'en dehors de ces accès il y a une dyspnée modérée qui est produite uniquement par l'emphysème. Nous ne pouvons accepter cette manière de voir dans ses deux points ; ainsi : 1° nous soutenons qu'il y a des individus *emphysémateux* chez qui les accès passent franchement et complètement, sans qu'il reste aucun symptôme physique ou physiologique de l'affection. Que devient, dans ces cas, l'emphysème? 2° Quant à ceux chez qui l'on observe un reste de dyspnée entre les accès, nous n'y voyons pas la preuve nécessaire de l'existence de l'emphysème; nous interprétons tout simplement ce reste de dyspnée par un reste d'obstruction bronchique. Ce qui le prouve, c'est qu'on trouve alors dans le thorax quelques râles, ou bien une absence de murmure vésiculaire limitée à quelques points; et ce qui achève de démontrer que ces deux signes physiques résultent d'un catarrhe partiel et non de l'emphysème, c'est que les secousses de la toux leur impriment une variation extrême dans leur siége et dans leur étendue.

Mais, ne manquera-t-on pas de nous objecter, il y a des saillies circonscrites des pièces osseuses du thorax, qui sont produites mécaniquement par l'emphysème, et qui, par conséquent, témoignent de l'existence de l'emphysème dans le point où elles existent. Nous avons, dans le temps, nié le caractère séméiologique de ces saillies osseuses, et nous persistons plus que jamais dans notre négation. Comment, en effet, peut-on rattacher à l'emphysème des saillies osseuses qui, d'après les recherches précieuses de M. Voillez, existent chez la plupart des individus, comme anomalies d'organisation? Ainsi, on accorde bien que les saillies, quand on les rencontre chez les pneumoniques, les dysentériques, etc., sont des saillies *physiologiques*, comme les appelle M. Voillez; mais on veut que celles que l'on observe chez les catarrheux ou *emphysémateux* soient des saillies pathologiques. Si cela était vrai, il faudrait en tirer cette singulière conclusion : c'est que tous ceux qui doivent être affectés plus tard de catarrhe bronchique ou d'emphysème naissent avec la poitrine régulièrement conformée, ou bien encore que les saillies *physiologiques* qu'ils ont apportées en naissant disparaissent pour faire place nette aux saillies que produit l'emphysème.

Puisque la saillie osseuse n'a rien de commun avec l'emphysème, ni avec les symptômes de l'emphysème, il s'ensuit qu'elle persiste au même degré chez les individus qui présentent une suspension complète de tous les symptômes physiques et physiologiques du catarrhe bronchique ; nous insistons à dessein sur ce fait, parce que nous ne nous sommes jamais exprimé autrement à ce sujet, bien que, par suite d'un malentendu, on nous objecte d'avoir dit le contraire.

Nous accordons beaucoup plus d'importance à l'emphysème extra-vésiculaire qu'à l'emphysème vésiculaire. En effet, une fois que l'air est infiltré dans le tissu cellulaire du poumon, il peut gêner le retrait respiratoire du poumon et amener la dyspnée sans le concours de l'obstruction des bronches par la matière catarrhale. M. Prus a même cité des cas où l'emphysème extra-vésiculaire avait produit la mort subitement. En pratique, il est très difficile de faire la part des symptômes qui se rattachent à l'emphysème extra-vésiculaire, parce qu'il est presque impossible de le trouver isolé du catarrhe bronchique et des obstructions plus ou moins complètes qui en résultent. C'est ici le cas de faire remarquer que nous n'avons dans la science aucune observation d'emphysème pure de toute complication; on pourrait peut-être l'étudier à l'état d'isolement chez les chevaux, qui, d'après MM. Delafond et Gavarret, en sont souvent affectés après un simple effort.

A propos de l'asthme, M. Valleix reconnaît que la plupart des dyspnées spéciales, désignées généralement sous le nom d'asthme, appartiennent à l'emphysème; il fait exception pour l'*asthme nerveux essentiel*, qui est l'objet exclusif de l'article consacré à l'asthme. Nous n'acceptons pas cette exception; nous pensons que même les cas présentés comme asthmes nerveux essentiels appartiennent à l'emphysème, ou mieux au catarrhe bronchique. Les faits cités par M. Valleix, à l'appui de sa manière de voir, sont empruntés à Laennec et au mémoire de M. Lefèvre (*Journal hebdomadaire*, 1835, tom. III, pag. 97). Nous allons brièvement les passer en revue.

L'observation empruntée à Laennec est recueillie sur un homme très âgé, qui éprouvait des attaques d'asthme toutes les fois qu'on fermait la porte de sa chambre ou que sa lumière venait à s'éteindre. Laennec l'ayant ausculté ne trouva chez lui *d'autres signes que ceux d'un léger catarrhe pituiteux; le bruit respiratoire médiocre n'est mêlé que dans quelques points peu étendus d'un léger râle sibilant ou muqueux* (Laennec, tom. XI,

pag. 91, 1826). Voilà donc un homme dont le thorax présente des râles, c'est-à-dire des obstacles au passage de l'air. Mais comme Laennec ne nous dit pas que ce malade a été ausculté par lui dans le moment même de sa dypsnée, on peut supposer que cette exploration avait été faite dans l'intervalle des attaques, et, dès lors, on doit penser qu'aussitôt que l'obstruction bronchique devenait plus considérable, par suite d'une plus grande sécrétion de mucus, la dyspnée devait être portée à un haut degré. Resterait à expliquer comment la sécrétion du mucus était activée quand la porte était fermée et que la lumière était éteinte; mais nous sommes forcé de nous arrêter là. Nous ne connaissons pas les modes d'influence exercée sur les sécrétions par les circonstances dites nerveuses, telles que les causes morales, les changements d'air, de nourriture, etc.; mais on ne peut pas plus les nier qu'on ne nie la lumière. Les circonstances dites nerveuses influencent puissamment les sécrétions de la bile, du lait, de l'intestin, de l'estomac, etc. Pourquoi n'agiraient-elles pas de même sur la sécrétion du mucus bronchique? Ainsi nous accordons pleinement un asthme nerveux, si on veut entendre par là une obstruction bronchique déterminée par une cause nerveuse; mais nous n'acceptons pas un asthme nerveux, essentiel, c'est-à-dire sans matière.

Au reste, Laennec termine la relation si écourtée de son observation par un fait qui n'est pas sans importance; c'est que, lors même que l'on rallumait la lumière ou que l'on ouvrait la porte, son asthmatique conservait encore de l'oppression pendant quelques heures, c'est-à-dire, comme il nous est permis de le supposer, pendant tout le temps nécessaire à l'expectoration des matières plus ou moins visqueuses qui s'étaient formées dans les bronches.

Nous trouvons des détails beaucoup plus circonstanciés dans le travail de M. Lefèvre. Ce médecin distingué, qui, comme le classique Floyer, a le malheur d'être affligé de la maladie dont il a si bien décrit les symptômes essentiels, nous apprend d'abord qu'il éprouvait souvent des attaques quand il changeait de localité, qu'il respirait des poussières ou qu'il avait bu des liqueurs alcooliques; voilà pour les circonstances dites nerveuses de sa maladie. Quant à l'attaque considérée dans ses symptômes, M. Lefèvre établit avec beaucoup de soin, d'après son observation et celle d'autres personnes, que le thorax percuté donne souvent *un son plus clair* que dans l'état normal; à l'auscultation, on trouve des râles sibilants, secs, plus sensibles pendant l'expiration; l'on perçoit des râles muqueux quand l'expectoration commence à se faire, et il a bien soin d'ajouter que plus l'expectoration du mucus est facile, plus les inspirations deviennent profondes et plus la dyspnée diminue.

N'est-ce pas là la réunion des symptômes les plus tranchés de l'emphysème, c'est-à-dire du catarrhe bronchique? La maladie est donc identiquement la même; seulement, elle est appelée *asthme* par M. Lefèvre, et *emphysème* par la plupart des anatomo-pathologistes. Ce qui le prouve, c'est que M. Lefèvre regarde l'asthme comme une maladie très commune, et ne mentionne jamais l'emphysème, tandis que, de son côté, M. Valleix parle de l'asthme comme d'une maladie fort rare qu'il n'a jamais observée.

Il n'est pas sans importance de rapporter ici la définition que Cullen, ce grand partisan du spasme, a donnée de l'asthme : « L'asthme est une difficulté de respirer qui revient par intervalle, qui est accompagnée d'un resserrement de la poitrine et d'une respiration stertoreuse avec sifflement. Il n'y a point de toux au commencement du paroxisme, ou elle est difficile; vers la fin, la toux est aisée, et il y a une expectoration de mucus souvent abondante (*Médecine pratique*, tom. II, pag. 376). » Comme on le voit, cette définition de Cullen est le résumé des symptômes donnés par M. Lefèvre, et suppose, par conséquent, l'existence d'un catarrhe.

Il a déjà dû se présenter à l'esprit une objection contre la production de la dyspnée asthmatique par le catarrhe bronchique. Pourquoi, si le mucus bronchique est la cause de l'asthme, cette dyspnée n'existe-t-elle pas dans les cas de bronchite simple, de rhume, où l'expectoration est abondante? Ces bronchites simples, dont on parle si souvent, et qui sont si communes, ne sont pas des *bronchites*, mais bien des laryngites ou des trachéites. Or, il n'est pas nécessaire de réfléchir longtemps pour reconnaître que le tronc de l'arbre bronchique peut contenir une couche de mucus abondante, étendue sur les parois, sans que le passage de l'air en éprouve des obstacles. Aussi, qu'on ausculte les individus affectés de ce catarrhe des voies bronchiques supérieures, on ne trouvera aucun râle qui annonce que le passage de l'air est difficile, et, partant, il n'y aura pas de dyspnée. Si, au contraire, vous supposez le catarrhe fixé sur les branches et les rameaux de l'arbre bronchique, alors c'est bien différent; le mucus, même en petite quantité, interceptera plus ou moins le passage de l'air. Si l'obstruction du tuyau bronchique est incomplète, vous aurez un râle; si elle est complète, il y aura absence du murmure vésiculaire; et il va sans dire que la dyspnée sera en rapport avec le nombre des rameaux ainsi obstrués. L'on voit également que, souvent, l'expectoration d'un mucus peu abondant suffira

pour désobstruer les rameaux et dissiper la dyspnée.

Les anciens, tels que Willis, Cullen, etc., qui n'avaient pas le précieux moyen de l'auscultation pour connaître le siége différent des catarrhes, ne pouvaient pas savoir que le catarrhe des branches de l'arbre bronchique donne lieu à l'asthme, tandis que la même sécrétion fixée sur le tronc laisse la respiration tranquille. Aussi, très embarrassés d'expliquer pourquoi l'asthme n'existe pas dans tous les cas de catarrhe, ils avaient eu recours à l'hypothèse du spasme des bronches comme cause propre de la dyspnée asthmatique. M. Lefèvre lui-même, malgré son habitude de l'auscultation, admet cette hypothèse pour la production de l'asthme. Ce recours au spasme tient probablement à ce fait consigné par M. Lefèvre dans l'histoire de sa maladie, que souvent il lui est arrivé de contracter un *rhume* ou une *bronchite* sans éprouver d'attaque d'asthme. Nous sommes loin de nier le résultat de son observation, seulement nous l'interprétons différemment que lui; nous croyons pouvoir affirmer que, dans ces cas, l'affection occupait seulement le larynx ou la trachée. Dès lors, il n'y avait pas d'obstacle au passage de l'air, pas de râles (1), pas de dyspnée.

Nous aurions d'autres détails à joindre à ces considérations critiques pour traiter toute la question à fond; mais l'étendue de notre article nous rappelle que nous devons en finir. Disons seulement que nous avons eu pour but de montrer toutes les lumières que l'auscultation répand sur la nature de l'asthme. Est-il nécessaire d'ajouter que nous n'avons jamais eu la pensée de déprécier un livre qui aura du succès, parce qu'il répond dignement à ce qu'on devait attendre de M. Valleix? B.

DE LA MORVE ET DU FARCIN CHRONIQUES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES SOLIPÈDES, par Ambroise Tardieu, *docteur en médecine, interne des hôpitaux.* —Chez *J.-B. Baillière;* in-4° de 187 pages.

On sait que M. le docteur Vigla a fait, sous le patronage de M. Rayer, une bonne thèse sur la morve aiguë. M. Tardieu, élève du même médecin, vient également, dans sa thèse inaugurale, de répéter avec le même succès, pour la morve et le farcin chroniques, ce que M. Vigla a fait en 1839 pour la morve aiguë. Son travail sera lu avec beaucoup de fruit par tous ceux qui veulent étudier à fond cette question intéressante de pathologie comparée; car on y trouve des observations nouvelles sur la morve et le farcin chroniques, et une exposition bien raisonnée de tous les faits semblables qui sont disséminés dans les recueils périodiques.

COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE ou *Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne;* par MM. Ed. Monneret et Louis Fleury. — 18e livraison, IND-INT. Chez Béchet jeune, place de l'École de Médecine, 1.

Les livres utiles, en médecine comme dans les autres sciences, peuvent se partager en deux classes distinctes: les uns ont pour but d'ajouter à ce qui est déjà connu, de présenter des observations nouvelles, en un mot de faire avancer la science; les autres, plus modestes dans leur mission, se proposent de répandre les vérités découvertes, de les séparer de l'erreur qui trop souvent les suit pas à pas, de les populariser par une exposition lumineuse et précise. Il ne faut point confondre les ouvrages de cette seconde classe avec les simples compilations; dans celles-ci on entasse le plus souvent pêle-mêle le bon et le mauvais; un caprice de librairie les a fait naître, une concurrence du même genre leur enlève tout crédit. Toutefois nous pouvons faire remarquer que le goût de ces compilations passagères s'éteint de plus en plus. Les manuels ont fait leur temps. Nous ne doutons point que l'ouvrage que nous annonçons en ce moment n'ait contribué à leur porter une rude atteinte. En effet, à l'époque où il commença à paraître (1836), on voyait encore entre les mains des jeunes médecins beaucoup de ces petits livres où la science était résumée, sur la foi de tel ou tel maître, et telle ou telle doctrine imposée sans contrôle. Alors aussi, ne point adopter exclusivement une des opinions régnantes, chercher la vérité ailleurs que dans les observations de la veille, ne point se ranger sous une bannière, c'était s'exposer aux foudres que les fidèles de chaque secte lançaient contre les indifférents. Les auteurs s'en sont peu inquiétés, et bien leur en a pris: car le succès a couronné leurs efforts, et c'est même la durée de ce succès, soutenu depuis plusieurs années, qui nous permet de parler du livre, quoique nous comptions un des auteurs parmi nos collaborateurs.

---

(1) Nous appelons râles *vibrants* les râles *sibilants*, *sonores* ou *ronflants*, parce qu'ils résultent de la vibration que le mucus à demi solide fait éprouver à l'air; par opposition, nous nommons râles *bullaires* les râles *crépitants, muqueux* et le *gargouillement*, parce qu'ils résultent de la rupture de bulles déterminées par l'air, quand le mucus est suffisamment liquide. Dans l'asthme, les râles sont *vibrants* pendant la dyspnée, et ils deviennent *bullaires* quand la dyspnée cesse; ce qui revient à dire que le mucus apporte plus d'obstacle à l'air quand il est demi-solide que quand il est liquide.

La tendance de cet ouvrage est donc tout éclectique. C'est bien loin de dire, comme voudraient le faire croire quelques esprits chagrins, que toutes les opinions doivent y être adoptées confusément, et rapprochées sans lien qui les unisse. L'éclectisme n'est autre chose que la raison s'exerçant, dans toute sa plénitude, à découvrir la vérité au milieu d'opinions plus souvent contradictoires par la forme que par le fond; si l'éclectisme renverse de leur piédestal les faux dieux qu'y éleva une foi aveugle, il rejette bien loin la triste pensée que tant d'esprits supérieurs qui ont dominé leur époque, aient pu constamment marcher dans les ténèbres; et, fouillant dans leurs écrits délaissés, il en fait jaillir plus d'une vérité oubliée, il y retrouve plus d'une des découvertes qui ont fait la fortune des hommes de nos jours. Aussi ne doit-on pas s'attendre à trouver en un livre écrit dans cet esprit, le mépris des anciens livres et l'oubli injuste de ce que nous leur devons. Dans chacun de leurs articles, les auteurs, toutes les fois que le sujet le comportait, se sont livrés à une appréciation motivée des principales doctrines qui ont eu cours depuis l'origine de la médecine. Mais dans cet examen, et nous devons les en féliciter, ils ne se sont point attachés à remplir leurs colonnes de noms d'auteurs inconnus, ni à les alonger de ces bibliographies qui se répètent de tradition. Ils se sont avant tout préoccupés des doctrines qui ont fait époque et des hommes dont il n'est plus permis d'ignorer les ouvrages. Ils ont toujours remonté aux sources, seule manière d'échapper aux erreurs grossières, qui fourmillent même dans quelques histoires de la médecine.

Mais si les anciens occupent dans cet ouvrage une place qu'ils n'étaient pas accoutumés à trouver dans nos livres modernes, les travaux récents, soit français, soit étrangers, y ont une part encore plus belle. Les auteurs, sous ce rapport, ont tenu plus que ne promettait leur titre; car ils ne se sont point contentés de présenter une analyse raisonnée des principaux traités de pathologie interne, ils ont tenu leurs lecteurs au courant de toutes les recherches qui pouvaient avoir quelque influence sur les doctrines pathologiques et sur la thérapeutique. Nous devons même signaler à ce sujet les modifications nécessaires que leur travail, exempt de toute préoccupation d'école, a dû subir sous la direction générale qui entraîne les esprits. Partis du point de vue de l'anatomie pathologique, ils ont de plus en plus été portés à tenir compte du rôle que les liquides jouent dans les maladies; cette tendance à l'humorisme s'est dessinée nettement dans les articles : *hémorrhagie, hydropisie, inflammation*, et a fourni l'occasion de présenter ces grandes questions sous un jour nouveau. Nous craignons même que dans ce dernier article (*inflammation*), la réserve habituelle des auteurs n'ait été entraînée un peu au delà de ce que permet l'observation directe, à laquelle ils s'étaient toujours soumis.

Ce livre est écrit avec lucidité et dans un esprit de critique sage et de bon ton que nous ne saurions trop louer. Les livraisons qui, dans les premiers temps, avaient été retardées par des circonstances imprévues, marchent maintenant avec régularité; et comme le zèle des auteurs semble croître avec les difficultés de leur longue entreprise, on ne peut douter qu'elle se terminera aussi heureusement qu'elle a commencé.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 2 mai.)

L'Académie procède à la nomination d'un membre pour la section de pathologie interne. Sur 117 votants, les voix sont ainsi réparties au premier tour du scrutin :

M. Mélier, 53; M. Prus, 39.

Au deuxième tour, M. Mélier obtient 61 voix et M. Prus 53. En conséquence, M. Mélier est proclamé membre de l'Académie.

Dans la même séance, M. Gerdy avait déposé une proposition par laquelle il demandait la formation d'une commission chargée d'examiner s'il ne conviendrait pas que l'Académie sollicitât de la chambre des députés l'abolition de la patente. Une commission ayant été nommée à cet effet, M. Gerdy est venu, dans la *séance du 9 mai*, présenter un rapport au nom de la majorité de la commission qui adoptait sa proposition; mais le projet d'adresser une pétition aux chambres a été vivement repoussé par M. Royer-Collard comme illégal et en dehors des attributions de l'Académie. Ce professeur pense d'ailleurs que la patente, loin d'humilier la profession médicale, la relève, au contraire, en lui conférant des droits politiques, et que le corps médical, en cherchant à s'y soustraire, manifeste une prétention illibérale et aristocratique. Cette opinion, repoussée par MM. Velpeau, Baude, Honoré, Gerdy, a été appuyée par MM. Rochoux, Chervin, Adelon; et l'Académie, après une longue discussion, a adopté un moyen terme que M. Royer-Collard avait proposé, et qui consiste à adresser au ministre un extrait de l'ancien rapport sur l'organisation médicale, en le priant de le

mettre sous les yeux de la chambre. Ce rapport, fait il y a quelques années par M. Double, établit que, dans une loi sur les patentes, la médecine doit être traitée à l'égal des autres professions purement intellectuelles, et que, par conséquent, les médecins ne doivent plus être astreints à payer patente, à moins qu'une loi nouvelle n'y assujettisse toutes les industries, toutes les professions.

Propriété toxique du sulfate de quinine à haute dose.

(Séance du 9 mai.)

M. Guéneau de Mussy lit un rapport sur deux mémoires ayant trait à ce sujet : l'un de M. Mélier, l'autre de M. Briquet. — La commission a également tenu compte dans son travail d'une communication de M. Maillot, médecin militaire en Algérie, sur l'emploi à haute dose du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes.

La commission a généralement partagé les opinions de M. Mélier : la lésion anatomique la plus constante chez les animaux ou les hommes qui ont succombé à l'action toxique du sulfate de quinine a paru consister dans l'état de diffluence du sang.

D'après les expériences faites par MM. Mélier et Magendie, le sulfate de quinine a empoisonné les chiens dont l'œsophage était lié à la dose de 2 grammes.

Quant à l'homme, la commission reconnaît avec M. Briquet qu'on ne peut préciser la dose à laquelle le sulfate de quinine devient toxique. Des quantités fort différentes de cette substance peuvent être innocentes ou nuisibles, selon des causes qui ne sont pas encore nettement établies, mais qui paraissent être la disposition individuelle du sujet, la variété ou la plénitude de l'estomac au moment de l'ingestion du médicament, l'état de poudre ou de solution sous lequel le sulfate est administré, enfin les doses fractionnées ou non. Mais elle admet avec M. Mélier que le sulfate de quinine à doses élevées, de 4 à 6 grammes par exemple, quelques précautions que l'on prenne, ne peut être regardé comme innocent.

Le rapporteur a de plus examiné si le sulfate de quinine peut être utile dans les rhumatismes. Il s'attache à démontrer, d'après les auteurs qui ont déjà employé le quinquina dans cette affection, et en particulier d'après Haygarthz, qui publia en 1801 un livre sur l emploi de cette méthode et qui donnait en général de 15 à 20 grains de quinquina, que les doses très élevées de sulfate de quinine ne sont nullement indispensables.

Recherches sur la fréquence de la phthisie.

(Séance du 16 mai.)

M. le docteur Boudet, qui a dernièrement publié des recherches sur la fréquence de la phthisie, étant sur le point de partir pour l'Algérie, avait sollicité de la bienveillance de l'Académie l'indication d'une question médicale à la solution de laquelle il pût travailler pendant son séjour dans le nord de l'Afrique.

M. Rayer, en son nom et celui de M. Pariset, a lu un rapport favorable sur la demande de M. Boudet, et a proposé la question suivante : *La phthisie est-elle rare en Algérie? Y est-elle beaucoup plus rare dans les contrées marécageuses que dans les autres localités?*

M. le rapporteur fait observer l'importance qu'offre cette question après les travaux de M. C. Broussais et de M. Boudin. M. C. Broussais (voir le *numéro de mai*) a établi, d'après des documents importants adressés au conseil de santé par les médecins militaires, que la proportion des soldats phthisiques en Algérie est beaucoup moindre qu'en France, mais cette rareté de la phthisie est-elle la même pour nos soldats et pour les indigènes? Est-elle aussi la même dans toutes les parties de l'Algérie, et, indépendamment d'un climat chaud, des conditions topographiques particulières ne sont-elles point propres à prévenir ou à suspendre les développements de la phthisie?

Selon M. Boudin, médecin militaire distingué, la rareté de la phthisie pulmonaire en Algérie ne doit pas être considérée comme un fait général; et cette rareté n'a lieu que dans la partie marécageuse du littoral où l'on observe les fièvres intermittentes; ainsi, selon lui, la phthisie ne serait pas rare à Constantine. M. Boudin appuie en outre son opinion sur les faits suivants :

Le climat d'Hyères est cité comme favorable aux phthisiques. Or, d'après le docteur Gensollier (*Essai médical et topographique sur la ville d'Hyères*), les maladies de cette ville sont les mêmes que celles qui règnent dans les lieux marécageux. Pise, Parme, Plaisance, Rome, présentent des conditions semblables.

Le docteur Henner, après un séjour de huit ans dans les îles britanniques de la Méditerranée, assure que dans ces îles la rareté de la phthisie est en raison directe de la fréquence des fièvres intermittentes. Une remarque semblable a été faite pour le littoral de la Morée. Le docteur Green de New-York affirme qu'à Witehall, province de Washington, où dominent les fièvres de marais, il n'existe pas d'exemple de phthisie développée sur les lieux, et que les phthisiques qui s'y rendent y éprouvent une amélioration soutenue.

M. Nepple a signalé la rareté de la phthisie pulmonaire dans la Bresse marécageuse.

M. Schoënlein assure qu'à Rotterdam, à Amsterdam et en général dans toutes les parties basses de la Hollande où les fièvres intermittentes sont endémiques, les tubercules sont

rares, et qu'à Bruxelles, là où ne règnent plus les fièvres intermittentes, la phthisie est très fréquente.

La question proposée par M. Rayer est adoptée par l'Académie. M. le rapporteur propose en outre que la commission de topographie soit invitée à demander aux correspondants de l'Académie des documents positifs sur la fréquence relative de la phthisie dans les contrées marécageuses et non marécageuses des pays où ils exercent.

Cette seconde proposition est également adoptée après une discussion dans laquelle MM. Dupuy, Rochoux, Robinet, insistent pour qu'on distingue l'influence de l'humidité et celle des émanations marécageuses.

(Séance du 23 mai.)

M. C. Broussais, dans une lettre adressée à l'Académie, établit que la mortalité attribuée à la phthisie sur la population civile de l'Algérie est de 1 sur 20, tandis qu'à Paris elle est de 1 sur 5. En décomposant cette population, on trouve : pour les Européens, 1 sur 15; pour les Turcs, 1 sur 55; pour les Arabes, 1 sur 70.

MM. Bonnafond et Michel Lévy écrivent pour contester l'opinion de M. Boudin. Ce dernier médecin cite l'exemple de la ville de Strasbourg et de ses environs, où les fièvres intermittentes sont communes et où la pthisie n'en sévit pas moins avec une cruelle intensité.

(Séance du 30 mai).

M. Boudin fait observer, dans une lettre adressée en réponse à celle de M. Lévy, qu'à Strasbourg, c'est la garnison qui est exposée aux fièvres intermittentes, en raison de son casernement dans la citadelle qu'entourent des eaux stagnantes, tandis que la phthisie exerce ses ravages dans la population civile.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences ne nous a rien offert qui pût intéresser directement la médecine.

COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, ou *Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne;* par MM. Ed. Monneret et L. Fleury. Ouvrage autorisé par le conseil royal de l'instruction publique et par le conseil de santé des armées de terre.

La 18e livraison de cette importante publication vient de paraître chez *Béchet* jeune, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, nº 1. Les principaux articles que renferme cette livraison sont : INFLAMMATION, FIÈVRE ET MALADIES INTERMITTENTES, INSECTES MORBIPARES et maladies produites par eux. (*Acarus scabiei* et *gale, etc.*)

DE LA MENSTRUATION considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques; par A. BRIERRE DE BOISMONT. Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. In-8º de 552 pages. Paris. *Germer-Baillière.* 1842. Prix : 6 francs.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, par MM. les docteurs BARTHEZ et RILLIET, anciens internes de l'hôpital des Enfants malades de Paris, membres de plusieurs sociétés médicales. Tome Ier, contenant : *Phlegmasies, — Hypérémies,— Ramollissements, — Hypertrophies, — Hydropisies.* Tome II, *Hémorrhagies, — Gangrènes,— Névroses,— Fièvres continues.* Tome III, *Tuberculisations, — Entozoaires, — Appendice.*

L'ouvrage est complet.

Prix des 3 vol. in-8º brochés, 2,400 pages. 21 fr.

L'ART MÉDICAL, ou *les Véritables moyens de parvenir en médecine;* poëme accompagné de notes; par l'auteur de la physiologie philosophique. 1 vol. in-8º de 256 pag. 3 fr. 50 c.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE, par A. P. REQUIN, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris, etc. Tome Ier, 1 vol. in-8º de 824 pages. 8 fr.

L'ouvrage aura 2 volumes in-8º.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de GERMER-BAILLIÈRE, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE; par M. Trousseau, professenr à la Faculté de médecine, etc., et M. Pidoux, D. M. 2e édition. 2 forts volumes in-8º. Prix : 19 francs; chez *Béchet* jeune, place de l'Ecole-de-Médecine, nº 1.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8º. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie.* — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, nº 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue du Cherche-Midi, nº 42.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi ;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris ;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES** ;

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

JUILLET 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des préparations de noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy ; *par* **M. TROUSSEAU**, *professeur de thérapeutique à l'École de Médecine de Paris.*

J'ai dit dans la première partie de ce travail (voir le n° du mois de juin dernier), que je croyais devoir rapporter, substantiellemennt au moins, toutes les observations qui m'ont convaincu et de l'action puissante des préparations de noix vomique dans la danse de Saint-Guy, et du parti avantageux que le thérapeute pouvait tirer de cette action incontestable. J'aurais pu me borner à énumérer ces faits s'ils n'étaient que confirmatifs d'observations déjà faites et irrévocablement acceptées. Mais comme il s'agit ici de l'application nouvelle d'un des moyens les plus énergiques de la matière médicale, il m'a semblé nécessaire de fournir les premières données de mon expérimentation, en commençant par les faits qui témoignent d'une heureuse influence de l'agent thérapeutique, et ce sont les plus nombreux ; puis en terminant par la relation de ceux qui viennent déposer des inconvénients ou des dangers que cet agent peut entraîner soit par lui-même, soit par la négligence des règles qui doivent sévèrement présider à son administration.

1re OBSERVATION. — Vers le milieu de l'année 1841, une jeune fille était amenée

à l'hôpital Necker, pour y être traitée de la danse de Saint-Guy. Elle avait 15 ans et n'était pas encore réglée. Cependant les seins étaient développés, le pénis commençait à se couvrir de poils, et la taille avait pris, depuis peu, un rapide accroissement. La jeune malade était donc pubère. La face était assez pâle, on entendait du bruit de souffle dans les carotides, et la chlorose, bien que peu manifeste, n'en existait pas moins d'une manière positive.

Depuis deux mois la chorée avait débuté. Tous les muscles de la vie de relation étaient envahis ; le côté droit l'était plus spécialement. En même temps, il y avait paralysie incomplète du mouvement volontaire du même côté, sans que la sensibilité semblât d'ailleurs émoussée.

La jeune malade pouvait à peine marcher, d'abord, parce que la paralysie du côté gauche y mettait obstacle, et aussi parce que l'irrégularité des mouvements dérangeait à chaque instant l'équilibre du corps. L'intelligence était profondément altérée. Cette jeune fille ne déraisonnait pas ; mais son regard, ses paroles, ses actes, étaient ceux d'un enfant dépourvu d'esprit ; la mémoire était affaiblie : sans motifs légitimes, elle pleurait et riait alternativement.

Pendant deux mois, elle fut mise à l'usage des bains d'immersion à la température de 10 degrés centigrades. Nous n'obtînmes aucun amendement. Je voulus tenter l'opium à haute dose, je produisais le narcotisme et un malaise tel qu'il me fallut renoncer au médicament. Je ne fus pas plus heureux avec les pilules de Méglin, qui, pendant quinze jours, furent données jusqu'à produire le trouble de la vue et des vertiges.

Un mois de bains sulfureux ne produisit pas un meilleur résultat. Je voulus recourir aux sels d'argent, suivant la méthode de Franklin, de Bruce et de M. Bretonneau ; elle prit, non pas du nitrate d'argent, comme le conseillent les praticiens dont je viens d'indiquer les noms, mais du chlorure d'argent à une dose assez élevée, jusqu'à 50 centigrammes par jour ; ce remède fut aussi impuissant que tous les autres. Enfin je résolus d'essayer la noix vomique. Je choisis l'extrait alcoolique de cette semence, et la jeune malade en prit graduellement, 10, 20, 30 et jusqu'à 50 centigrammes par jour et même davantage. Il y eut une rapide amélioration ; et, après 15 jours de traitement, la paralysie était presque complétement guérie ; la facilité des mouvements était telle que la malade pouvait courir. Au bout d'un mois, elle était tout à fait bien. Elle sortit de l'hôpital ; et deux ans plus tard, c'est-à-dire en mai 1843, elle vient d'y rentrer atteinte de phthisie pulmonaire. Elle n'avait d'ailleurs éprouvé depuis sa sortie aucune récidive de chorée.

Il s'est présenté, dans le cours du traitement de cette jeune fille, un incident assez curieux sur lequel je reviendrai plus tard.

Il n'était pas impossible que la noix vomique eût été administrée à l'époque où la maladie devait tout naturellement cesser ; aussi tout concluant que pouvait me paraître ce fait, je dus suspendre mon jugement jusqu'à ce que l'expérience eût prononcé de nouveau.

2e Observation. — Au mois de juin 1842, entrait à la salle Sainte-Anne de l'hôpital Necker, une jeune fille de 15 ans, née à Metz et habitant Paris depuis 6 ans. Elle a les apparences de la puberté et cependant elle n'est pas encore réglée. En 1841, elle eut une première attaque de chorée qui dura trois mois, pendant laquelle elle ne pouvait ni marcher ni parler, et ne mangeait qu'avec une peine extrême. Les convulsions et la paralysie étaient prédominantes à gauche.

La chorée, cette année, commença 15 jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Les phénomènes convulsifs débutèrent par le bras droit ; huit jours plus tard, la jambe du même côté fut envahie. Quand cette jeune fille entra à l'hôpital, elle marchait avec peine, inclinée du côté droit ; la jambe se traînait, et le bras restait pendant le long du corps. La face, le tronc et les deux membres demi-paralysés étaient agités de mouvements choréiques très violents. La malade ne pouvait ni coudre, ni travailler, et c'est a

peine si elle pouvait manger. Sa mémoire était notablement affaiblie, et elle avait conscience de cet affaiblissement. La sensibilité était intacte, pas de céphalalgie, bon sommeil.

La noix vomique fut prescrite tout d'abord, et le traitement fut commencé le 15 juin. Après 3 jours de traitement, la malade pouvait marcher droit; dans son lit, elle n'avait pas de mouvements de totalité des membres, les doigts seuls étaient agités. Le 5e jour, l'agitation revint dans la jambe droite; le 23 juin, 8e jour du traitement, cessation complète des mouvements convulsifs; La paralysie n'existe plus.

Quelques jours plus tard, la malade quitta l'hôpital, en apparence tout à fait guérie.

24 jours plus tard, c'est-à-dire le 16 juillet, notre jeune malade commença à éprouver, dans le bras gauche, quelques mouvements choréiques; pourtant le travail manuel fut encore possible jusqu'au 24; mais, à partir de cette époque, le désordre des mouvements devint extrême; et, le 27 juillet, il fallut rentrer à l'hôpital. — Cette fois, c'était le côté gauche qui était agité, et qui, en même temps, était paralysé. Parole embarrassée, quelquefois impossible, diminution notable de l'intelligence. Le traitement fut repris le 28. — Le 3 août, 7e jour du traitement, diminution notable des mouvements convulsifs; la langue est toujours embarrassée. — 5 août, la chorée a presque cessé. — 6, nous ne pouvons constater aucun désordre des mouvements. — Le 8, la malade peut coudre. Elle marche assez bien. — Le 19, la guérison est complète. Il ne reste à la malade qu'une mobilité assez grande sans désordre des mouvements.—Le 26, elle sort bien guérie.

3e Observation. — Léguilloux (Marie-Judith), âgée de 16 ans, non réglée, bien que ayant tous les attributs de la puberté, fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, vers le 20 août 1842. Une application de sangsues, qui donna lieu à un écoulement abondant de sang, fut suivie d'une guérison rapide : mais, dans les premiers jours de septembre, le bras et la jambe du côté droit devinrent plus faibles, et commencèrent à être agités de mouvements désordonnés. Dès le début, elle ne put coudre; mais, le mal faisant des progrès, elle ne put bientôt ni marcher, ni s'habiller, ni même porter ses aliments à la bouche avec la main droite. Le 14 septembre, quand la malade fut soumise à notre examen, le côté gauche commençait lui-même à être envahi. L'intelligence et la mémoire étaient notablement affaiblies. La prononciation est très embarrassée.

Le traitement par la noix vomique fut commencé le 14; le 16, les mouvements étaient beaucoup moins désordonnés; toutefois il fallait encore faire manger la malade. Le 20, les mouvements choréiques avaient presque entièrement cessé; pendant la visite, la jeune malade put tenir une assiette, et porter facilement une cuiller à sa bouche. La paralysie des membres a disparu, la parole est plus libre qu'elle ne l'était.

Le 24, elle commence à coudre, bien qu'avec difficulté. Le 27, non-seulement elle peut coudre avec facilité, mais elle peut même, devant nous, enfiler aisément son aiguille.

Le 1er octobre, elle est tout à fait guérie; elle reste jusqu'au 24 en prenant des doses d'extrait de noix vomique successivement moindres, et elle sort dans un excellent état de santé.

4e Observation. — Virginie Leude, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Necker, le 1er mai 1842. Déjà, à l'âge de 15 ans et de 22 ans, elle avait eu deux attaques de chorée, qui avaient été guéries après trois mois de traitement. Les bains sulfureux et les antispasmodiques avaient été employés. Elle était parfaitement guérie depuis 10 ans, lorsque, sans cause connue, et, 6 mois après être accouchée, elle fut reprise de danse de Saint-Guy. Il y a maintenant 5 mois que la maladie a débuté.

Etat actuel : mouvements choréiques des deux côtés du corps, plus forts toutefois à droite qu'à gauche, et plus marqués dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Rien d'apparent du côté de la face : sensibilité intacte, diminution de la mémoire.

Le traitement par la noix vomique est commencé le 4 mars. Le 11 mars, les accidents

choréiques avaient disparu, il ne restait plus qu'une mobilité plus grande des membres. La main était assurée, le travail de l'aiguille était redevenu possible.

On cesse le traitement.

Pendant 5 jours, tout alla bien ; mais, le 17 mars, il revint dans les doigts quelques mouvements désordonnés ; la noix vomique fut de nouveau donnée pendant trois jours, et cela suffit pour faire cesser tous les accidents ; on continua toutefois la noix vomique encore pendant trois jours.

La malade ne sortit de l'hôpital que le 11 avril. La guérison semblait solide.

5e Observation. — Désirée Cabane, âgée de 18 ans, entrait à l'hôpital Necker en 1842, pour y être traitée d'une maladie nerveuse caractérisée par des pertes de connaissance, sans catalepsie, sans altération du teint ni du pouls. Des affusions froides avaient été données, et bientôt la malade était sortie guérie.

Vers le 15 janvier 1843, elle commença à éprouver des mouvements choréiques qui prirent, dans les premiers jours de février, une intensité considérable. La malade entra à l'hôpital le 7 février. Les mouvements choréiques avaient, chez cette malade, une forme tout insolite. Soixante ou quatre-vingts fois par minute, la tête était entraînée de gauche à droite par un mouvement de rotation brusque ; en même temps, les yeux s'agitaient et se fermaient convulsivement. Pendant plus de quinze jours, les mouvements choréiques s'étaient bornés à la tête ; mais le 5 février, le bras gauche commença à être pris à son tour; le lendemain, la jambe droite fut agitée, et la progression devenant impossible, la malade fut conduite à l'hôpital Necker.

Fièvre assez vive, insomnie.

Je prescrivis d'abord une saignée, et, le surlendemain, quand les accidents de réaction furent calmés, je conseillai, non de la noix vomique mais de la strychnine. Le traitement fut commencé le 10. — Le 14, les mouvements de la tête ont singulièrement diminué ils ne se manifestent plus quand la tete est appuyée sur l'oreiller. Les mouvements de la jambe sont encore tellement violents, que le drap a été usé et troué dans le point qui correspond au talon.

Le 16, mouvements nuls quand la malade est au lit ; très légers quand elle est debout.

Le 20, tout allait bien, lorsqu'un accident arrivé dans la salle épouvanta notre jeune fille, et, à partir de ce moment, les mouvements convulsifs reparurent pendant quelques heures. Le 21, ils avaient complétement cessé. Le 25, douleur sciatique qui disparaît après un écoulement abondant de larmes. Le 27, cécité momentanée. Le 28, simple obnubilation de la vue. Le 29, tout va bien — Le 8 mars, la malade sort de l'hôpital en très bon état.

6e Observation. — Dans le courant de novembre 1842, on amena chez moi, à ma consultation, un jeune garçon de 12 ans, qui, depuis près de 3 mois, était atteint d'une danse de Saint-Guy, avec affaiblissement des mouvements et de l'intelligence. — Je le mis à l'usage du sirop de strychnine, qui fut donné aux doses et de la manière que j'indiquerai plus bas ; l'amélioration était déjà très notable au bout de huit jours. L'enfant était guéri après trois semaines de traitement.

7e Observation. — M. le docteur Humbert me fit l'honneur de m'appeler en consultation auprès d'un jeune garçon de 6 ans, qui, depuis près de trois mois avait une danse de Saint-Guy. Le sirop de strychnine fut immédiatement administré, et continué près de six semaines. Il n'y eut d'amendement qu'après 10 ou 15 jours de traitement : la guérison ne fut complète qu'après plus de deux mois.

Je joindrai encore ici le sommaire d'une 8e observation recueillie par mon ami, M. le docteur Pidoux, dans sa pratique particulière.

C'était un jeune garçon de 11 ans, d'un tempérament très nerveux et démesurément impressionnable. La chorée se déclara chez lui 24 heures après une frayeur extrême. Il avait vu la veille une vieille femme écrasée sous les roues d'un omnibus. Le

désordre des mouvements était chez lui si prononcé, qu'il ne pouvait presque plus se livrer à aucun mouvement volontaire, que la station verticale était devenue très difficile, et qu'il passait ses journées étendu à terre sur un matelas.

Sous l'influence du sirop de strychnine, il éprouva rapidement une amélioration telle qu'on put espérer bientôt une guérison parfaite. Mais ce degré d'amendement ne fut pas dépassé. L'augmentation ultérieure des doses fut empêchée par le spectacle des effets physiologiques de la strychnine, qui allèrent un jour jusqu'à produire une convulsion tonique des muscles respiratoires si énergique, qu'elle n'eût pu persister quelques minutes de plus sans faire craindre l'asphyxie. Cet accès de forme tétanique n'était pas dû pourtant à une augmentation disproportionnée de la dose du sirop. Jusque là, le malade avait fort bien supporté une augmentation d'un 10e de grain tous les deux jours. Lorsqu'il atteignit, selon cette progression ménagée, la dose de deux centigrammes et demi de strychnine, il fut interdit d'aller au delà. Chaque accès de la convulsion artificiellement produite par le médicament, amenait cependant un calme presque complet de l'agitation choréique.

Le malade fut ainsi conduit à un mieux tel qu'il put écrire, dessiner et jouer du violon, non pas certes avec toute la précision désirable, mais enfin il le put d'une manière passable ; il but et mangea lui-même, tandis que dix jours auparavant ces exercices lui étaient totalement impossibles.

La cure fut continuée par les bains sulfureux et les pilules de fer et de quinquina.

Avant de m'occuper du point thérapeutique que je veux mettre en lumière dans cette courte note, je ne puis m'empêcher d'appeler l'attention de mes lecteurs sur des phénomènes indiqués par tous les auteurs ; et qui pourtant semblent trop souvent être oubliés des médecins ; je veux parler de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire, que je n'ai jamais vu manquer chez les enfants et chez les adolescents atteints de chorée ; ainsi que sur la paralysie incomplète qui se montre du côté où prédomine l'agitation choréique, phénomènes qui semblent indiquer une bien profonde perturbation dans les centres nerveux.

En jetant un coup d'œil rapide sur les observations dont je viens de donner l'analyse très sommaire, il est difficile de douter de l'heureuse influence de la noix vomique dans le traitement de la chorée.

La chorée, en effet, n'est pas de ces maladies qui disparaissent brusquement : l'agitation convulsive cède avec lenteur, si ce n'est dans des cas tout exceptionnels ; de sorte que le médecin, s'il ne peut juger de la durée probable de la maladie, peut au moins affirmer presque toujours que la danse de Saint-Guy ne va pas encore se terminer avant 15 ou 20 jours. Que si un remède modère et fait même cesser en quelques jours l'agitation choréique, on pourra bien invoquer le hasard lorsqu'il ne s'agira que d'un fait ; mais lorsque le même fait se répétera plusieurs fois, on ne pourra, sans un scepticisme exagéré, se refuser à croire à l'action de ce remède.

Je ne me dissimule pas l'espèce d'opposition que rencontrera dans le monde médical l'emploi d'un médicament aussi actif et aussi dangereux que la noix vomique ; mais, ainsi que je le disais dans la première partie de mon travail, cet agent thérapeutique est beaucoup moins actif que l'opium, que le cyanure de potassium administrés tous les jours, et il ne l'est guère plus que la stramoine, la belladone et la digitale.

La répugnance des médecins ne pourrait donc venir que du peu d'habitude qu'ils ont de donner la noix vomique ; ce sera pour moi un motif de plus pour insister de la manière la plus minutieuse sur le mode d'administration de ce médicament.

Mode d'administration et doses. L'extrait alcoolique de noix vomique a été presque toujours employé à l'hôpital. Il est important qu'il ait été préparé depuis peu de temps (5 ou 6 mois au plus) ; il n'est pas moins important, si on le donne en pilules, que les pilules ne soient pas faites depuis longtemps. En effet, bien que l'on ne démontre pas dans cet extrait un principe volatil, cependant l'expérience prouve que, pour cette préparation, comme pour les extraits de belladone, de datura et de jusquiame, soit à

cause de la volatilisation d'un principe mal connu, soit à cause de réactions intimes dont nous ne connaissons ni les agens ni le mécanisme, il s'opère, dans les pots débouchés et en partie vidés, et surtout dans les pilules, une atténuation d'action considérable, et qui peut être la cause de terribles accidents.

J'en veux donner deux exemples.

La jeune fille, qui fait l'objet de la première observation, prenait, depuis plus de quinze jours, des pilules d'extrait alcoolique de noix vomique ; j'avais commencé par 10 centigrammes, et graduellement j'étais arrivé à un gramme par jour. Je m'étais assuré que la jeune malade prenait exactement ses médicaments ; et frappé de la facilité avec laquelle elle supportait une aussi forte dose sans accidents, je compris bientôt que l'extrait de l'hôpital, débouché depuis plusieurs mois, devait avoir perdu une grande partie de ses propriétés. Je recommandai de la manière la plus expresse à la religieuse préposée a la pharmacie, de me prévenir dès qu'elle changerait d'extrait; et, chaque jour, je l'interrogeais pour savoir si elle avait demandé un nouveau pot à la pharmacie centrale des hôpitaux. J'eus à m'applaudir de cette précaution, car si je ne l'eusse pas prise, la jeune malade eût probablement péri. Le jour vint que l'on donna de nouvel extrait : je comptais sur une action plus énergique du médicament ; aussi au lieu d'un gramme (ou 20 grains), ne prescrivis-je que 60 centigrammes (ou 12 grains). Mais le soir, il survint des accidents tétaniques tellement violents, que la religieuse de la salle et l'interne de service furent sérieusement alarmés. Au bout de quelques heures cet orage était calmé ; et je ne puis penser sans terreur à ce qui serait arrivé, si je n'avais pas su combien un extrait préparé et débouché depuis longtemps perdait de son activité.

L'expérience m'avait appris également que, pour un grand nombre de médicaments et notamment pour la noix vomique, il se fait, dans les pilules préparées, même depuis peu de temps, des changements qui en atténuent singulièrement les propriétés. Je traitais par la noix vomique, une demoiselle atteinte d'épilepsie, et quoique la dose de pilules fût renouvelée tous les 20 jours au plus tard, et qu'elles fussent prises chez le même pharmacien, j'observais toujours des effets très violents lorsque l'on entamait la boîte, effets qui allaient en s'atténuant à mesure que la dose s'épuisait. Le fait le plus curieux de cette atténuation d'action des pilules préparées depuis longtemps, a été observé chez un jeune peintre qui était atteint de paraplégie, et que je traitais par la noix vomique. Je lui avais fait faire 40 pilules d'un centigramme et je lui avais expressément recommandé d'augmenter gaduellement la dose, en raison des effets produits et de prendre toujours le médicament chez le même pharmacien. Le malade qui devait s'absenter fit faire à la fois 100 pilules, et il en prenait 10 par jour, quand il arriva à la fin de sa boîte. Il fit faire de nouvelles pilules, en prit encore 10, et il éprouva des secousses tétaniques qui l'inquiétèrent beaucoup.

Pour conclure par une recommandation toute pratique, je dirai de ne jamais faire faire à la fois plus de pilules qu'on n'en doit consommer dans l'espace de cinq ou six jours; de les prendre toujours chez le même pharmacien, et, par surcroît de précaution, de n'en prendre jamais que demi-dose le jour qu'on renouvellera la boîte.

Les inconvénients que l'on éprouve avec l'extrait de noix vomique, médicament pourtant peu altérable, existent à un moindre degré avec la strychnine ; bien que, à tout prendre, on ne comprenne guère de quelle façon, dans l'extrait, l'igasurate de strychnine et de brucine, qui lui donne son activité, s'altérerait plus que le sulfate de strychnine, ou la strychnine pure que l'on incorporerait, dans une pilule, à un extrait inerte ou à de la gomme arabique mêlée d'un peu de sirop.

Les gens de métier me sauront peut-être quelque gré d'être entré dans ces détails qui semblent futiles ; mais déjà depuis bien des années j'ai appris que ces minuties pratiques sont le plus souvent la condition de la réussite des diverses médications.

Il semble enfin que, toutes ces précautions prises, on pourra désormais calculer, aussi rigoureusement que la rigueur est permise en thérapeutique, les effets, soit de l'extrait de noix vomique, soit de la strychnine ou des sels de strychnine, et, pourvu que le

remède préparé de la même manière, et identique dans sa forme, dans sa composition, soit administré au même individu plusieurs jours de suite, il nous semble que les effets produits seront à peu près identiques.

Je le croyais ainsi lorsque j'administrais la noix vomique et la strychnine, sans noter avec un grand soin les effets produits ; mais depuis que, chaque jour, dans le cours d'un traitement, j'enregistrais avec le plus grand soin tous les phénomènes qui s'étaient produits, je ne fus pas longtemps à me convaincre que ces phénomènes différaient prodigieusement les uns des autres, bien que toutes les conditions fussent en apparence les mêmes.

Ainsi, quelquefois, une malade prendra pendant quatre, cinq et même six jours, une dose de strychnine et de noix vomique sans éprouver presque aucun effet sensible, et ce temps écoulé elle sera prise tout à coup de mouvements convulsifs très énergiques, qui, sans doute, n'auront aucune gravité, mais qui n'en préoccuperont pas moins les malades et les familles.

D'où il suit que, dans l'administration de la noix vomique et de la strychnine, il ne faut pas aller au delà de certaines limites, et qu'il faut même rester en deçà de celles que la prudence la plus circonspecte pouvait conseiller.

Ceci bien entendu, j'indiquerai de quelle manière la noix vomique et la strychnine doivent être administrées dans le traitement de la chorée.

La noix vomique sera mise en pilules, lesquelles devront être argentées. Si le malade peut supporter l'amertume du médicament, et s'il peut, tous les jours, la faire préparer par un pharmacien, l'extrait sera dissous dans une potion.

Le premier jour, chez les enfants de 10 à 15 ans, on donnera 5 centigrammes d'extrait en deux fois, autant que possible, au commencement ou au milieu du repas. Il est essentiel de ne pas le donner quelque temps avant le repas, parce que le médicament, quand il agit un peu vivement, cause un trismus quelquefois énergique, et par conséquent l'impossibilité de mâcher.

Pendant deux jours au moins on restera à cette dose ; et s'il n'y a aucune action convulsive produite, on donnera 10 centigrammes ; puis, 15, 20, 25 et jusqu'à 30. S'il est possible de distribuer cette dose en trois ou quatre repas, ce sera de beaucoup préférable.

Pour un adulte de 15 à 25 ans et au delà, on commencera par 10 centigrammes, et l'on ira graduellement jusqu'à 40, 50 et même 60 chez les femmes, un peu plus loin pour les hommes.

S'il s'agit d'enfants au dessous de 10 ans, on devra commencer par un, deux ou trois centigrammes par jour, en suivant une progression analogue à celle que je viens d'indiquer.

La dose du médicament doit être successivement, et rapidement augmentée, jusqu'à ce que son *action convulsive* commence à se faire sentir, c'est là une condition nécessaire du succès. Il faut alors, pendant 4 ou 5 jours, ne plus augmenter les doses.

Cette *influence convulsive* se manifeste par un resserrement pénible des mâchoires, avec un peu de vertige et de tendance au sommeil; en même temps, il y a assez souvent un peu de douleur et de raideur dans les muscles du col, un peu moins de facilité dans le jeu des muscles des jambes. Cela commence ordinairement une demi-heure ou trois quarts d'heure après l'ingestion du médicament, et dure une, deux et même trois heures.

Il faut obtenir davantage, si l'on veut guérir vite, et pour cela il suffit d'augmenter la dose.

Quand les effets convulsifs sont un peu plus énergiques, le trismus est très prononcé, et s'accompagne de douleurs dans la mâchoire inférieure ; les vertiges sont plus forts, la raideur du col est plus sensible et revient par paroxysmes; mais ce que l'on remarque surtout, ce sont les raideurs des jambes qui reviennent par secousses convulsives, et persistent encore après la secousse. Quand ces secousses en quelque sorte électriques,

se manifestent dans les jambes, les muscles du thorax et de l'abdomen y participent presque toujours, d'où une gêne légère dans la respiration. Cet état de spasme est quelquefois fort incommode quand les malades sont debout; le roidissement subit des jambes peut faire perdre l'équilibre, déjà si peu sûr chez les choréiques. A cet état convulsif succède une fatigue musculaire notable et une sorte de courbature.

La noix vomique doit être donnée à telle dose que le malade soit maintenu pendant plusieurs jours dans *l'état convulsif* que je viens de décrire, et alors on voit se modifier et presque se guérir dans l'espace de quelques jours, la chorée qui n'avait pas été influencée jusqu'ici, tant que les doses de noix vomique n'avaient pas été suffisantes.

Quand l'agitation choréique a presque cessé, et huit jours au plus suffisent ordinairement à partir du moment où le remède commence à produire ses effets *convulsifs*, on diminue quelque peu, de manière toutefois à obtenir de la roideur musculaire, et l'on continue ainsi huit ou dix jours encore après que tout mouvement choréique a disparu.

On arriverait peut-être plus vite à la guérison, en exagérant les doses de noix vomique, mais je ne sais s'il n'y aurait pas du danger; et puisque, en restant dans les limites que j'ai indiquées, on *guérit bien*, pourquoi vouloir *guérir mieux?*

Ainsi qu'on a pu le voir, par les observations que j'ai rapportées plus haut, j'ai eu à traiter plusieurs jeunes enfants. Chez eux, il était impossible de songer à administrer des pilules; j'ai dû préférer la strychnine que je faisais dissoudre dans du sirop simple à la dose de 5 centigrammes de strychnine pour 100 grammes de sirop. On donnait à l'enfant ce sirop, ou pur, ou dissous dans de l'eau, à la dose d'une cuiller à café, une, deux, trois, et jusqu'à six fois par jour, jusqu'à qu'on eût obtenu l'effet convulsif. j'ai employé également ce sirop chez une adulte que j'aie eue à l'hôpital, et qui fait le sujet de la 5e observation.

L'avantage du sirop de strychnine, c'est qu'il peut être dosé plus commodément que les pilules et que, par conséquent, il produira moins souvent ces accidents qui inquiètent tant les parents.

La proportion d'énergie de la strychnine et de l'extrait de noix vomique est comme 1 est à 8; de sorte que les effets produits par 5 centigrammes de strychnine, correspondront à peu près à ceux que pourraient déterminer 40 centigrammes d'extrait.

Je veux ajouter encore quelques mots qui dirigeront un peu mieux mes confrères dans l'administration du médicament. Si l'on divise en six doses égales la quantité de noix vomique ou de strychnine que l'on doit faire prendre dans la journée, il ne faut pas croire que la sixième agira comme la troisième, celle-ci comme la première; il y a, à cet égard, des modifications qu'il est impossible de calculer. Tel malade sera vivement influencé par la première dose qui le sera à peine par la dernière; tel autre au contraire, chez qui l'action du médicament semblera s'accumuler, éprouvera vers la fin de la journée des effets convulsifs très énergiques, tandis que les trois ou les quatre premières doses paraissaient n'avoir rien produit. Il faut dire pourtant que, en général, ce dernier mode d'action du médicament est bien plus ordinaire que le premier; d'où il faut conclure que, dans l'administration du remède, il est bon de rapprocher les premières doses et de mettre au contraire un intervalle plus grand entre les dernières.

En général, je crois assez peu aux remèdes qui guérissent toujours, surtout quand il s'agit de maladies nerveuses aussi rebelles, aussi capricieuses que l'est la danse de Saint-Guy; et je comprendrais à merveille la défiance des médecins qui liraient ces observations, toutes terminées par une rapide guérison, ou tout au moins par une très rapide atténuation des accidents. Je dois donc maintenant les entretenir des insuccès de la médication, et alors nous aurons à en apprécier les inconvénients ou les dangers, si tant est qu'elle ne soit exempte ni de dangers ni d'inconvénients.

(La fin au prochain numéro.)

Recherches pratiques sur les déplacements du foie ; *par M. le docteur* Lubanski.

Pour bien apprécier les changements qui surviennent dans la position de l'organe hépatique, il s'agit, avant tout, de savoir quels sont les moyens susceptibles de déterminer sa position et son volume normaux, conditions indispensables à bien connaître dans le diagnostic d'un assez grand nombre de ses maladies.

Il n'y a pas encore longtemps, qu'on ne pouvait apprécier l'état matériel du foie que lorsque, dans des circonstances morbides, il quittait sa position normale et descendait plus ou moins au-dessous du rebord des fausses côtes. On employait alors la palpation pour constater la présence du bord inférieur du foie derrière les parties molles de l'abdomen, et on en tirait des conclusions qui ne conduisaient pas toujours à des indications positives ; on croyait souvent à une hypertrophie de l'organe, tandis qu'il pouvait n'être que déplacé, et partant, on admettait l'existence d'une affection qui pouvait ne pas avoir lieu. D'un autre côté, on pouvait méconnaître l'état pathologique consistant dans l'augmentation du volume du foie, pour peu que la palpation eût été insuffisante pour en constater l'existence.

Il existe encore aujourd'hui des praticiens qui ne se sont pas dépouillés de ces erreurs surannées, et qui comparent le foie, relativement à sa position et à la difficulté de l'examiner, au cerveau renfermé dans la boîte crânienne. Cette comparaison, bonne pour des temps qui ne sont plus, vient d'être énoncée tout récemment dans un mémoire de notre savant confrère d'outre-mer, M. Bright, de Londres, médecin à l'hôpital Guy (*Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales*). On voit par ce mémoire, que nos confrères de la Grande-Bretagne sont restés un peu en arrière des progrès qu'a faits en France l'art du diagnostic. Mais mon sujet n'est point de faire la critique de l'écrit dont je viens de parler, où du reste, à côté de quelques erreurs, on trouve des choses dignes d'attention. Je passe à l'examen du foie à l'état anormal.

Il arrive très souvent que le foie a subi un changement dans sa position, sans que, pour cela, il soit le siége d'aucune altération morbide. Ces déplacements se font dans deux sens : tantôt cet organe est abaissé, tantôt au contraire il se trouve plus haut qu'à l'état normal. Dans les deux cas, ce phénomène dépend d'un état pathologique des organes voisins, et il ne constitue pas par lui-même une maladie ; mais il peut faire naître à son tour des symptômes morbides très variés, dont la source gît surtout dans la pression exercée par l'organe déplacé sur les organes qu'il avoisine. Les symptômes qui sont la suite de ce déplacement, et les symptômes de l'état morbide qui a produit le déplacement, présentent souvent un ensemble tellement confus, tellement difficile à analyser, que le diagnostic de la maladie est sujet alors à de fréquentes erreurs.

C'est dans le premier cas surtout, dans l'abaissement, que l'erreur est facile. On trouve fréquemment, en palpant les parois abdominales des malades, une tumeur oblongue, située dans la direction du rebord des fausses côtes, tumeur qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître comme appartenant au bord inférieur du foie. Si on s'en tient alors à ce mode d'exploration, on rapportera nécessairement les phénomènes morbides à une affection de l'organe hépatique, qui, soit congestionné, soit hypertrophié, vient ainsi faire saillie à travers les parois de l'abdomen. Mais lorsqu'on va plus loin, lorsqu'on ne s'en laisse pas imposer par un signe isolé, on acquiert souvent la conviction, que l'opinion que l'on s'était d'abord formée de la nature ou du siége de l'affection, était loin d'être exacte. Quelques exemples rendront cette proposition plus évidente.

Première Observation.—Un homme, âgé de 40 ans environ (tailleur d'habits), entre à l'hôpital de la Pitié, dans le mois d'avril dernier. Il a eu au commencement de cette année un *point de côté* à droite, à la suite d'un refroidissement subit ; il a été traité par des sangsues et des ventouses scarifiées sur le point douloureux. Quelques jours de ce traitement et de repos ont suffi pour calmer ses souffrances ; il toussait encore un peu, mais il a pu repren-

dre ses occupations. Il lui est resté depuis cette maladie une grande gêne dans la respiration, une pesanteur à l'épigastre, le défaut d'appétit et un malaise continuel. Cet état allant toujours en empirant, il consulta son médecin qui lui assura que ces indispositions tenaient surtout à la position courbée et incommode que les gens de sa profession ont l'habitude de garder en travaillant, lui conseilla en conséquence de changer à cet égard ses habitudes et de prendre un purgatif pour débarrasser les intestins. Le malade se conforma à ces avis, mais il n'en obtint aucune amélioration; ses digestions se dérangèrent, il avait une constipation opiniâtre, le défaut d'appétit se changea en anorexie complète, il étouffait au moindre mouvement, et de plus, il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur qu'il a pu tâter lui-même à travers les parois du ventre. Effrayé de son état, il vint à la consultation de la Pitié, et fit constater cette tumeur abdominale qui était évidemment formée par le bord inférieur du foie; on ne l'examina pas de plus près et on le fit entrer à l'hôpital comme atteint d'une affection probable du foie.

Le lendemain, à la visite, on trouva une matité complète dans une grande étendue de la poitrine à droite. Il semblait alors plus certain encore qu'on avait affaire à une affection organique du foie, sous l'influence de laquelle ce viscère avait acquis un développement considérable.—On trouvait dans la supposition de cette affection la clef des symptômes que présentait le malade. Le foie remonté dans le thorax, comprimant le poumon, occasionnait la gêne dans la respiration et parfois ces suffocations auxquelles le malade était sujet. D'un autre côté, la part active que prend cet organe dans la fonction de la digestion expliquait suffisamment les troubles observés du côté des voies alimentaires. Il ne se serait plus agi alors que d'établir une thérapeutique en rapport avec une telle pathogénie, et de faire converger tous les moyens de traitement vers le centre de la maladie, le foie.

Mais en poursuivant l'examen du sujet, on s'aperçut que le défaut de résonnance du côté droit de la poitrine subissait certaines modifications selon les diverses positions dans lesquelles on plaçait le malade. Celui-ci étant couché sur le côté gauche, le bras droit relevé sur la tête, on trouva après quelques instants que le point que l'on présumait répondre à la limite supérieure du foie était plus bas que cela n'avait lieu tout à l'heure. La même chose fut observée en arrière; on avait percuté d'abord, le sujet étant assis, et la matité commençait sur un point très élevé; la même exploration faite, le malade étant couché sur le ventre, fit trouver le même point d'une sonorité presque parfaite. Ces déplacements des points occupés par la matité ne pouvaient dépendre que de déplacements analogues de la cause qui leur donnait lieu. Ce n'était donc plus à l'organe hépatique remonté dans le thorax qu'il fallait attribuer ces défauts de résonnance; il était évident que ce phénomène reconnaissait pour cause la présence d'un liquide dans la plèvre droite. L'auscultation vint en aide à ce diagnostic; une égophonie manifeste a pu être entendue sur les bords de l'épanchement, dont l'existence pouvait se comprendre du reste par les antécédents de la maladie. Le malade a eu il y a peu de temps une pleurite; une hydropleurie consécutive, qui augmentait graduellement, fut donc cause des phénomènes morbides qu'il a présentés depuis sa première maladie jusqu'à son entrée à l'hôpital.

L'exploration minutieuse de tous les organes donna pleine confirmation à cette manière de voir. Le côté droit de la poitrine fut trouvé sonore dans son tiers supérieur, on y entendait le bruit respiratoire normal. A gauche, la sonorité fut encore plus marquée, le murmure respiratoire plus intense et se rapprochant un peu de la respiration puérile. Le cœur était assez considérablement dilaté aux dépens de ses cavités droites; il n'y avait point de bruits anormaux. Il y avait de la matité dans la région cœcale et sous-ombilicale; la constipation durait depuis plusieurs jours. Le malade éprouvait un grand soulagement étant couché, et surtout lorsqu'il se couchait sur le côté droit. La station, ainsi que le décubitus sur le côté gauche aggravaient ses souffrances.

De cette manière, ce diagnostic si compliqué, cette pathogénie si embarrassée devinrent on ne peut plus faciles à comprendre; et ce qu'on aurait pu prendre tout à l'heure pour une affection du foie fut réduit à un épanchement dans la plèvre; épanchement sous l'influence duquel le foie s'est abaissé et est venu former une tumeur faisant saillie à travers les parois du ventre et pouvant être constatée par la palpation. Le déplacement du foie donnait une explication satisfaisante des troubles observés du côté des voies digestives; la pression exercée par cet organe sur les intestins pouvait jusqu'à un certain point s'opposer à la progression des matières fécales, et le défaut de défécation devait à son tour amener la pesanteur et l'anorexie dont il a été question. De l'autre côté, l'existence de l'épanchement dans la plèvre droite faisait bien comprendre les symptômes observés du côté des voies de l'air, et cette dilatation des cavités

droites du cœur, qui, comme on le sait bien, s'observe constamment lorsqu'une cause quelconque trouble la circulation pulmonaire.

L'issue de la maladie a prouvé aussi la justesse du diagnostic. A mesure que l'hydropleurie diminuait sous l'influence d'un traitement convenable, tout rentrait dans l'état normal. Après trois semaines environ du séjour du malade à l'hôpital, la tumeur abdominale a entièrement disparu, tous les désordres ont cessé.

Voilà donc un cas de déplacement du foie en bas, qui, sans un examen bien attentif, aurait pu facilement être pris pour une maladie de cet organe. Je ne crois pas nécessaire de multiplier ici les exemples de ce genre ; je pourrais produire un assez grand nombre de pareilles observations, où on verrait combien l'erreur du diagnostic est facile, et combien souvent elle a été commise. En effet, les symptômes que l'on observe du côté des voies de l'air et du côté du tube digestif à la fois, se confondent tellement, que, sans la connaissance de l'état matériel des organes, il n'est pas toujours possible de se prononcer avec certitude. Je peux m'appuyer ici sur une observation rapportée par Corvisart dans sa traduction d'Avenbrugger. Il s'agit d'un soldat malade depuis plusieurs mois et traité par Corvisart à la Charité ; il présentait une tumeur oblongue au-dessous des fausses côtes droites et une matité du même côté à partir de la 3e vraie côte. Cette dernière circonstance et les symptômes fonctionnels du côté des organes de la respiration firent croire à l'existence d'un épanchement dans la plèvre. Tel ne fut point l'avis de Corvisart qui diagnostiqua une vomique du foie ; ce qui fut confirmé par l'ouverture du cadavre. Le foie remontait dans la poitrine à la 3e vraie côte ; un vaste abcès existait dans l'épaisseur du grand lobe.

Il paraîtrait peut-être de prime abord que ce rapprochement de deux cas différents n'est pas ici à sa place, et que l'observation de Corvisart étant tout à fait l'opposé de la nôtre, n'a avec celle-ci aucun rapport. Aussi n'en faisons-nous pas mention pour donner un exemple de déplacement du foie, mais pour prouver ce que nous avons avancé tout à l'heure, combien il est facile de confondre ces deux états pathologiques ; et que, si on peut prendre un abaissement de l'organe hépatique pour une maladie de cet organe lui-même, on peut également commettre une erreur diamétralement opposée, erreur que commirent les élèves de Corvisart, qui, comme il le dit lui-même, *pensèrent qu'il y avait épanchement dans la poitrine et persistèrent dans cette opinion jusqu'à l'ouverture du corps.*

Mais l'abaissement du foie peut encore avoir lieu sous l'influence d'autres états morbides. Il s'observe presque toujours dans la maladie appelée emphysème du poumon, et surtout lorsque cette maladie est portée à un certain degré, quand le poumon doit être fortement dilaté par l'air emprisonné dans ses cellules. Ce n'est point ici le lieu d'examiner jusqu'à quel point on peut admettre l'existence d'une unité morbide, appelée du nom d'emphysème pulmonaire. Personne ne peut nier qu'il n'y ait des cas dans lesquels une disproportion existant entre la faculté d'inspirer et d'expirer, l'air atmosphérique produit cette dilatation anormale du poumon, et cette sonorité exagérée des parois thoraciques que l'on a notées comme signes de l'emphysème ; quoi qu'il en soit, ce n'est *le plus souvent* que le symptôme d'un obstacle à la sortie de l'air dans les tuyaux bronchiques. Cette question étant discutée avec le talent bien connu de l'auteur du *Traité de Diagnostic et de Séméiologie* (1), revenons au déplacement du foie, à son abaissement par un développement anormal du tissu propre du poumon.

Deuxième Observation.—Une marchande de la Halle, âgée de 35 à 40 ans, entre à la Pitié dans le courant du mois de décembre 1840. Elle se dit affectée d'une maladie grave au foie ; et c'est l'avis de son médecin d'après le conseil duquel elle est venue à l'hôpital. Effectivement, en palpant l'abdomen, on y sent une tumeur formée par le bord inférieur du foie ; la palpation ne réveille de sensibilité sur aucun point, la malade accuse néanmoins des douleurs *sourdes* dans les régions hépatique et épigastrique. Sa maladie date de trois ou quatre ans ;

(1) Piorry. *Traité de diagnostic*, tom. 1er.

chaque hiver elle tousse beaucoup, parfois elle éprouve des accès de suffocation; tout cela ne l'a jamais empêchée de se livrer à ses pénibles occupations, qui l'obligent à beaucoup crier et l'exposent à toutes les vicissitudes atmosphériques. Mais cette année, à l'entrée de la mauvaise saison, elle a eu *un rhume* bien plus fort que de coutume, en même temps ses digestions se sont dérangées; elle a eu des alternatives de constipation et de dévoiement, son appétit s'est perdu, ses nuits sont devenues mauvaises; elle a eu souvent des accès d'asthme, surtout dans la position horizontale.

Voilà ce que je trouve dans mes notes, le deuxième jour de son entrée à l'hôpital.

Constitution robuste, face très colorée, violette; conjonctives injectées; langue blanche, épaisse; poitrine bien conformée, résonnance du thorax plus forte qu'à l'état normal; son presque tympanique dans tout le côté droit; cœur gros, à quatre pouces au dessous de la clavicule, il a six pouces d'un côté à l'autre, et quatre pouces et demi de haut en bas. La poitrine résonne bien plus bas qu'à l'ordinaire; la sonorité s'étend jusqu'à l'espace intercostal entre la quatrième et la cinquième fausse côte; là commence le foie, c'est-à-dire à six pouces et demi au dessous de la clavicule (1), il s'étend à un pouce et demi au dessous du rebord des fausses côtes. Rien d'anormal dans les autres organes. Les bruits du cœur ne présentent rien à noter. Le murmure vésiculaire est faible à gauche; il est remplacé par un souffle très fort à droite, voix tubaire du même côté; on entend des deux côtés quelques râles sibilants. Toux fréquente, expectoration difficile, crachats épais, visqueux. Inspiration beaucoup plus longue que l'expiration. Matité de la région cœcale; constipation; anorexie.

Diagnostic.—Dilatation du poumon par de l'air, en rapport avec la présence des mucosités dans les tuyaux bronchiques. Abaissement du foie.—(Boissons à haute dose.—Saignée.—Tartre stibié.)

La malade a guéri au bout de dix jours de son séjour dans les salles. Ainsi cette maladie grave du foie n'était rien de plus que ce qu'on appelle ordinairement un *gros rhume*, une ancienne bronchite.

Voilà donc deux exemples d'un abaissement du foie, porté assez loin pour simuler une tumeur abdominale et faire croire à une affection hépatique. On a pu voir quels services importants rend ici la percussion, sans laquelle la diagnostic aurait été très incertain. Quel que soit le nombre des observations que je pourrais ajouter à celles qui précèdent, elles tendraient toutes à prouver que le foie est susceptible de déplacement sous l'influence des états morbides qui n'intéressent en rien cet organe lui-même. Toutes les fois qu'une cause quelconque agit sur le diaphragme de manière à le repousser du côté de l'abdomen, il est évident que le foie, qui n'a point d'attaches assez solides pour résister, se déplacera suivant la direction de la force qui agit sur lui. Parmi ces causes, nous avons donné l'exemple d'un épanchement dans la plèvre et d'une dilatation des poumons par l'accumulation de l'air. Le résultat sera, à plus forte raison encore, le même, si une tumeur développée dans les environs du diaphragme vient à presser celui-ci de haut en bas. Les cas de ce genre, très graves, sont heureusement très rares; la science ne possède que peu de faits authentiques de cette nature. Telle est entre autres cette tumeur albumineuse occupant tout un côté de la poitrine, tumeur observée par Corvisart, dont l'histoire fut communiquée à l'Ecole de médecine de Paris, où se trouve déposée la pièce pathologique; tel est encore le fait rapporté par Zimmermann dans le *Traité de l'Expérience*, où il s'agit également d'une tumeur du même genre, chez un malade traité par le célèbre Boërhaave.

Il est presque superflu de faire remarquer que dans des cas de cette nature, le diagnostic doit être extrêmement difficile, surtout si les productions solides contenues dans le

---

(1) On a souvent l'habitude d'indiquer la hauteur du foie par rapport au mamelon, et on oublie que le point de comparaison est loin d'être toujours le même; car, que de différences dans la hauteur du mamelon lui-même, et surtout chez les femmes! Telle est encore la faute que commettent ceux qui indiquent les différents degrés du développement de l'utérus, en disant qu'il s'élève à telle ou telle distance de l'ombilic. Il faudrait plutôt indiquer sa position par rapport à la symphyse du pubis. Car il faut en général prendre des points invariables pour donner la mesure ou indiquer la position des organes.

thorax occupent une position telle, qu'elles fassent en quelque sorte corps avec le foie, et lorsque leur densité se rapproche assez de celle de l'organe hépatique, pour que la percussion donne la même résonnance dans tous les points.

Mais il existe des cas, qui sans être aussi rares que ceux dont il s'agit, présentent, sous le rapport qui nous intéresse ici, des particularités qu'il est nécessaire de mentionner. — Il arrive quelquefois que le signe pathognomonique des épanchements pleurétiques, le déplacement du liquide, n'existe pas, à cause des brides qui emprisonnent en quelque sorte la matière épanchée, la rendent immobile quelle que soit la position dans laquelle on explore le malade. On conçoit aisément, que si un épanchement pareil existait à la base du poumon droit, il pourrait non-seulement déplacer plus ou moins le foie, mais encore, en imposer facilement pour une augmentation dans le volume de cet organe. Je n'ai pas vu d'exemple de cette nature; mais je suis autorisé à le croire possible; j'ai du moins des faits analogues à l'appui de cette opinion, un fait surtout où l'épanchement circonscrit existait du côté opposé, au-dessus de la partie supérieure de la rate. Il s'agissait d'une malade qui présentait une matité très étendue sur le côté gauche du thorax; on croyait chez elle à l'existence d'une affection splénique, car la rate limitée par la percussion présentait un volume considérable. Il y avait pourtant quelque chose qui éveillait des doutes, c'est que d'un côté il n'existait point de symptôme propre à cet état morbide, et que, de l'autre côté, la matité remontait très haut sous l'aisselle, comme si la rate n'avait augmenté de volume qu'aux dépens de sa partie supérieure. Il y avait en même temps des troubles du côté de la respiration, qui, il est vrai, auraient pu se comprendre par la compression du poumon par la rate congestionnée ou hypertrophiée. Mais l'auscultation était ici d'un grand secours: tout au sommet de la matité, le sujet étant assis, on entendait la voix chevrotante qui fit porter le diagnostic d'un épanchement circonscrit. Cette manière de voir fut justifiée par les suites de la maladie.

Le foie peut aussi être déplacé dans le sens opposé à celui qui nous a occupé jusqu'à présent, c'est-à-dire qu'il peut s'élever plus haut qu'à l'état normal. Cet état pathologique s'observe très souvent sous l'influence de causes diverses, et il peut être confondu avec certaines affections du poumon et du cœur. Rappelons, avant d'aller plus loin, que nous n'avons à nous occuper ici que des cas de déplacement du foie sans aucune maladie de cet organe lui-même.

En thèse générale, toute cause qui tend à agrandir la capacité du ventre est susceptible de donner lieu au déplacement dont il est question. Ainsi la distension du tube digestif par une plus ou moins grande quantité de fluides élastiques, — les épanchements péritonéaux, — la présence d'une tumeur, sourtout dans le flanc droit de l'abdomen, — le développement de l'utérus, soit en rapport avec la présence du produit de la conception, soit par suite de productions morbides contenues dans sa cavité, etc.

Il serait superflu, je crois, d'insister sur le mécanisme en vertu duquel le foie est refoulé de bas en haut, comprime le poumon, trouble la respiration, la circulation pulmonaire, amène des désordres plus ou moins graves du côté des poumons et du cœur, etc. Les relations intimes qui unissent les deux fonctions les plus importantes de l'économie, la respiration et la circulation; l'influence qu'ont ces fonctions sur l'accomplissement de toutes les autres; tout cela suffit pour prévoir à *priori* les conséquences qui peuvent résulter du déplacement en haut de l'organe hépatique. Mais comme ce travail ne repose nullement sur des spéculations théoriques, et qu'il est au contraire le résultat des faits pratiques recueillis au lit des malades, je me hâte de rapporter ici ces faits, qui, considérés du point de vue où nous ont placé ces recherches sur les déplacements du foie, ne seront pas sans intérêt.

TROISIÈME OBSERVATION.—Le nommé F., boucher, demeurant à la Chapelle Saint-Denis, âgé de 38 ans, d'une constitution très robuste, vint me consulter, au mois de mai dernier, pour une grande gêne dans la respiration avec redoublement vers la fin de chaque journée.

Cet état dure depuis plusieurs années; mais depuis quelques mois seulement il est devenu si intense, que le malade craint de suffoquer plusieurs fois chaque jour. Depuis longtemps on l'a déclaré asthmatique, on lui a fait l'application d'un vésicatoire au bras, qui est resté à demeure depuis 18 mois, et on lui a recommandé une grande sobriété et un régime essentiellement végétal. Le malade suivit tant bien que mal le premier de ces conseils; quant au second, il assure s'y être parfaitement conformé, et depuis plus d'une année il ne vivait que de légumes et de soupes. Mais après chaque repas il toussait et étouffait davantage, son *asthme* s'exaspérait. Pendant les accès, la face se colorait plus que d'habitude, les veines du cou et du front se gonflaient et à tout moment le malade se voyait menacé d'un *coup de sang*. Lorsque la durée de l'accès se prolongeait un peu plus que d'habitude, un froid intense des extrémités et une violente céphalalgie obligeaient le malade à s'aliter. On l'avait déjà saigné à plusieurs reprises; chaque saignée avait procuré un soulagement, mais ces améliorations n'étaient pas de longue durée, les oppressions revenaient bientôt, privaient le malade de sommeil, et le mettaient dans un état de désespoir tel, qu'il ne croyait plus à son rétablissement, se persuadait qu'il était *pulmonique*, comme son frère mort *de la poitrine*, et dont la maladie avait commencé de la même manière que la sienne.

L'examen minutieux de tous les organes et de toutes les fonctions me fit rejeter bien loin l'idée d'une affection organique du poumon; celui-ci est dans tous les points perméable à l'air, quoique la respiration s'effectue avec peine. Les espaces compris entre la clavicule et l'omoplate, au sommet du poumon des deux côtés, sont très sonores. Le cœur est augmenté de volume, surtout aux dépens des cavités droites; il est à peu de distance de la clavicule; aucun bruit anormal. Le pouls est petit, serré, parfois intermittent. Le ventre est très développé, ferme; les portions supérieures du tube digestif sont remplies par des gaz; elles donnent un son tympanique à la percussion. La palpation ne fait rien constater du côté de l'abdomen. On trouve par la percussion le foie refoulé en haut, à 15 centimètres au dessous de la clavicule. La capacité du thorax est de cette manière singulièrement diminuée; c'est à cette circonstance que je crois pouvoir attribuer les accès de suffocation, qui, au dire du malade, ont augmenté d'intensité à mesure que son ventre a pris du volume, ce qui arrive surtout après l'ingestion des aliments.—Le malade est, comme il a été dit, soumis depuis quelques temps au régime végétal; ce genre d'alimentation a sans contredit contribué au progrès du mal, puisque c'est sous l'influence d'un tel genre de vie qu'il y a ordinairement un grand développement de gaz qui augmentent la capacité du ventre aux dépens de celle du thorax. Alors l'acte de l'hématose s'accomplit avec difficulté; celle-ci troublée, amène à son tour des dérangements du côté de la circulation; de là cette augmentation dans le volume des cavités droites du cœur. Ce n'est donc pas d'une affection de cet organe, ni de celle du poumon, ni de celle de la huitième paire qu'il s'agissait chez ce malade. Les indications principales étaient: diminuer le volume du ventre, faire rentrer les viscères des hypochondres à leur place normale, empêcher le développement des gaz par un régime convenable, rendre la digestion du soir moins laborieuse par un repas peu abondant et un peu d'exercice.

Le malade a été soumis à l'usage des pilules drastiques, composées d'aloès et de gomme gutte, il s'est nourri exclusivement de viandes rôties ou grillées.—Il a changé les heures de ses repas et faisait celui du soir d'une manière très frugale. Sous l'influence de tous ces moyens le ventre a beaucoup diminué; la capacité du thorax s'est accrue de plusieurs centimètres, les accès de suffocation ont cessé complètement, il n'y en a plus eu depuis plus de quatre mois.

Quatrième Observation.—Dans le courant des mois de juillet et août 1841, on avait reçu dans les salles de la Pitié, une jeune fille de 26 ans, qui accusait une grande gêne dans la respiration et des palpitations très fréquentes. Cette fille avait le ventre tellement développé qu'à la première vue on était porté à croire la grossesse arrivée au sixième ou septième mois. Mais la percussion fournit sur tous les points de l'abdomen un son tympanique, la palpation ne put rien faire reconnaître, car les parois abdominales étaient tendues et opposaient une forte résistance. Du reste, la malade affirmait que son ventre s'était développé ainsi dans le courant d'un mois à peu près, et que d'ailleurs elle était dans l'impossibilité d'être enceinte.

Elle a eu depuis environ un an dix *attaques de nerfs*, dans lesquelles elle perdait complétement connaissance. Chaque attaque était précédée, pendant plusieurs jours, d'un grand malaise, d'un refroidissement général de tout le corps, de douleurs dans les lombes et le bas-ventre, d'un serrement à la gorge, d'une grande difficulté à respirer, d'une constipation opi-

niâtre et d'une fréquente envie d'uriner ; l'urine coulait néanmoins très difficilement et était claire comme de l'eau. Les mêmes symptômes suivaient chaque crise. La menstruation, qui avait été supprimée dans les commencements de la maladie, s'était rétablie après quatre mois d'absence ; depuis lors, le sang se montre régulièrement aux époques ordinaires, mais il est en très petite quantité; l'écoulement qui durait autrefois de 6 à 8 jours, n'en dépasse jamais deux ; la dernière époque a manqué. On a traité cette malade à différentes reprises, tantôt par des applications de sangsues à la vulve et aux cuisses, tantôt par des purgatifs, tantôt par l'administration, à l'intérieur, du castoréum, du musc, du camphre, de l'assa-fœtida, etc. Tous ces traitements ont eu pour résultat de diminuer la fréquence des attaques, dont la dernière a eu lieu il y a 3 mois. La malade s'est même trouvée si bien après cette dernière crise, qu'elle croyait déjà à sa guérison; mais il y a six semaines elle éprouva de nouveau les symptômes précurseurs d'une nouvelle attaque. Quoi qu'il en soit, celle-ci n'eut point lieu; tandis que les douleurs du bas-ventre augmentaient tous les jours, le ventre enfla rapidement, les selles se supprimèrent complétement (la malade affirme n'avoir pas été à la garde-robe depuis 10 jours, malgré un grand nombre de lavements). En même temps une suffocation continuelle, une toux opiniâtre et de violents battements de cœur, ont mis cette jeune fille dans un état très inquiétant et l'ont forcée de chercher asile à l'hôpital.

Ce qui précède démontre suffisamment la nature hystérique de la maladie. J'ai cru devoir en parler avec tous les détails, car cette observation, outre le point sous lequel elle nous intéresse particulièrement, a offert encore une collection de symptômes tellement remarquables que je n'ai pu les passer sous silence. L'état de la malade ressemblait tellement à celui d'une femme grosse qu'il y avait toute possibilité de s'y laisser prendre, si on avait négligé l'exploration très attentive des viscères abdominaux. Le toucher n'a rien appris de particulier ; le ballottement n'existait point, l'état du col n'était pas en rapport avec l'existence d'une grossesse. On reconnaissait, par le toucher du rectum, une grande quantité de matières dures. On ne sentait nulle part de tumeur par aucun moyen d'investigation. Tous les points de l'abdomen fournissaient du reste un son très clair ; on entendait le bruit produit par le déplacement des gaz ; ceux-ci s'échappaient fréquemment par la bouche. — Avec tout cela la malade n'avait pas dépéri ; elle avait conservé l'appétit et le sommeil, et pourtant, comme il a été déjà dit, il y avait chez elle une dyspnée très pénible et des battements de cœur au moindre mouvement. Ces deux derniers symptômes dépendaient d'une compression du poumon par les viscères abdominaux extrêmement développés, et refoulant le diaphragme du côté de la cavité thoracique. Le foie remontait très haut dans la poitrine ; — les cavités droites du cœur étaient très développées.

Nous ne poursuivrons pas les détails de cette observation. Disons néanmoins que la malade fut soumise tout d'abord à l'emploi des purgatifs, sans en éprouver le moindre effet; les substances qui d'ordinaire possèdent cette vertu à un haut degré ont ici complétement échoué. On n'a pu obtenir l'expulsion des gaz et l'abaissement des viscères du ventre que par l'usage prolongé des applications de vessies remplies de glace et par de fréquentes frictions sur l'abdomen. — La malade est restée pendant les premiers huit jours sans aller une seule fois à la garde-robe ; ainsi, si ce qu'elle avait raconté était vrai, elle aurait été dans cet état pendant 18 jours. Mais le froid resserrant les parois du ventre, a procuré d'abord l'expulsion des gaz par l'anus, la constipation fut bientôt vaincue et même remplacée par une légère diarrhée. A mesure que le ventre diminuait, les symptômes du côté de la poitrine perdaient en intensité. La dyspnée, les palpitations et la toux eurent bientôt complétement disparu.—Quoi qu'il en soit, ce traitement n'a été que palliatif ; il a remédié aux maux les plus urgents, et la malade a quitté l'hôpital dans un état qui n'autorisait point à croire à son parfait rétablissement.

Si je ne m'abuse, cette observation n'est pas déplacée dans ce travail. Comme on a pu le voir, il s'y agit d'un distension énorme du ventre par le développement des gaz dans le tube digestif, survenu lui-même sous l'influence d'une affection hystérique. Le déplacement du foie a été constaté dans cette occasion, il a produit ses effets ordinaires, et si on n'en avait pas tenu compte, on aurait peut-être été tenté d'admettre

l'existence des désordres nerveux du côté des voies de l'air et du côté cœur, et on aurait pu employer des antispasmodiques, traitement qui, sans présenter des dangers, aurait sans doute eu l'inconvénient de retarder l'amélioration qu'on a obtenue d'une autre manière.

Cinquième Observation.—Je choisis au hasard parmi plusieurs observations qui ont entre elles beaucoup d'analogie, celle d'une femme qui, à la suite d'une fausse couche survenue à la fin du sixième mois de la gestation, eut des accidents très graves du côté de la matrice et du péritoine. J'étais appelé auprès de cette malade par un confrère qui, obligé de s'absenter pour quelques temps, m'avait confié quelques-uns de ses malades; je n'ai donc pas assisté aux premiers accidents et je n'en connais les détails que par ce qui m'a été communiqué. Le commencement du traitement consistait dans l'emploi de moyens antiphlogistiques très énergiques (3 saignées générales et plusieurs applications de sangsues en grand nombre). Les symptômes inflammatoires ont cédé à cette médication, mais ils furent suivis d'une infiltration des extrémités inférieures et d'un épanchement péritonéal qui s'élevait à deux pouces au dessus du pubis, la malade étant explorée dans une position verticale. Au dessus de cette limite on obtenait par la percussion le son tympanique dans tous les points occupés par le tube digestif. Il y avait en même temps des troubles dans la respiration et on craignait une pneumonie hypostatique. La gêne de respirer était surtout exaspérée par la position horizontale, de manière que la malade se trouvait beaucoup mieux dans un fauteuil que sur son lit. La percussion de la partie supérieure du thorax fournissait assez de son pour faire cesser les craintes de l'hypostase. Cette exploration se fait, comme on le sait, le sujet étant assis, les bras croisés sur la poitrine; or, pour acquérir ici la certitude sur la perméabilité du poumon, on a percuté alternativement la malade en la faisant coucher sur le ventre et en la mettant sur son séant. La différence du son obtenu dans ces deux cas était assez grande pour pouvoir être facilement remarquée. Un examen très minutieux a détruit jusqu'au moindre soupçon de l'existence d un épanchement dans les plèvres. Il était évident alors que cette différence ne dépendait que du changement de position des viscères abdominaux et particulièrement du foie, qui, repoussé par les intestins contenant des fluides élastiques et par le liquide enfermé dans le péritoine, occasionnait des troubles dans la respiration. Les parois abdominales, malgré le développement du tube intestinal et l'existence d'un épanchement, étaient très flasques, ridées et plissées. Il y avait évidemment défaut d'énergie de la part des muscles abdominaux, dont le concours est si nécessaire pour l'expulsion des gaz. Cette circonstance jointe aux autres expliquait bien la difficulté qu'éprouvait la malade de garder la position horizontale et les suffocations qu'elle éprouvait lorsque, pour prendre un peu de repos, elle essayait de se coucher. Tout cela explique également le mieux qui avait lieu dans une position opposée.

Je ne crois pas nécessaire d'entrer dans de plus amples détails concernant cette observation; j'en ai rapporté ce qui regarde particulièrement l'objet de nos recherches, et je me bornerai à dire que l'épanchement avait été résorbé sous l'influence des frictions mercurielles, et que, du reste, le temps et les moyens hygiéniques ont fait en grande partie les frais de la cure.

Il me serait très facile d'augmenter le nombre d'observations dans lesquelles le déplacement du foie en haut avait produit des accidents du côté de la respiration et de la circulation; accidents pris très souvent pour une maladie plus ou moins grave des organes chargés de l'accomplissement de ces deux fonctions. Mais je craindrais d'abuser de la patience de mes lecteurs, et j'espère d'ailleurs que ce qui déjà a été dit, démontre suffisamment la nécessité de tenir compte de cette pathogénie, toute mécanique en quelque sorte, dans un grand nombre de cas; qu'il en résulte également la nécessité, bien reconnue d'ailleurs par les esprits positifs, de rechercher avec soin l'état matériel de tous les organes de l'économie, quels que soient du reste les symptômes fonctionnels qui s'offrent à notre observation.

Mais avant de clore ce travail, il faut que je prévienne une objection qui pourrait m'être faite relativement à la possibilité de ces déplacements du foie, dont il a été question. Il semblerait étonnant peut-être que le foie pût remonter assez haut dans le thorax pour gêner la respiration et produire des troubles aussi graves que ceux qui ont été ob-

servés dans les cas qui viennent de nous occuper. Cette objection m'a été déjà faite par un médecin allemand très distingué. En parlant de l'utilité de l'auscultation et de la percussion dans le diagnostic d'une infinité de maladies, mon confrère d'outre-Rhin en diminuait de beaucoup le mérite et me racontait l'histoire de plusieurs faits où ce moyen d'exploration ne lui était d'aucune utilité, et où pourtant il s'agissait de troubles très graves dans l'acte respiratoire. C'est alors que je lui fis part de l'observation 3. — Vous vous êtes trompé dans l'explication des symptômes chez votre malade, m'a-t-il dit; la structure anatomique du diaphragme s'oppose à une distension assez grande pour gêner ainsi le jeu de la respiration; essayez seulement sur un cadavre de repousser le diaphragme en haut, et vous verrez que vous ne parviendrez pas à diminuer considérablement la capacité du thorax. — Or, tout convaincu que j'étais d'avoir bien compris la pathogénie de l'affection de mon boucher, je n'ai pas moins fait des essais sur le cadavre, et je me suis convaincu que le refoulement du diaphragme allait effectivement assez loin pour ne pas s'opposer au déplacement du foie, et que la distension de ce muscle est surtout facile dans la partie qui correspond à l'hypochondre droit. — Et n'en serait-il pas ainsi, qu'encore cette objection n'aurait aucune signification sérieuse. Ce serait l'histoire de la goutte d'eau qui creuse le roc; et je demanderais à mon tour qu'on produisît sur le cadavre, à force de main, une dilatation d'un des ventricules du cœur, pareille à celle qu'on observe dans les maladies de cet organe, ou bien une distension de la matrice comme elle a lieu dans la grossesse.

Abcès du foie; communication avec le poumon et les intestins; guérison.

Observation recueillie par **M. Dapessetche**, *chirurgien sous-aide-major, dans le service de* **M. Casimir Broussais**.

Le nommé Mag..., garde municipal, âgé de 35 ans, né à Couvrelle, département de la Moselle, d'un tempérament bilieux ou bilioso-sanguin, entra au Val-de-Grâce, salle 27, lit 23, le 6 janvier 1843, se disant malade depuis 5 jours et présentant les symptômes suivants : langue rouge, sèche, soif ardente, douleur vive à l'abdomen, ventre tendu, ballonné, excessivement sensible à la pression; vomissements et selles nombreuses; pouls dur, fréquent à 96, irrégulier; son mat, s'étendant dans l'étendue de 15 centimètres à l'hypochondre droit, avec une légère voussure dans cette même région; dyspnée prononcée ; malaise inexprimable, insomnie.

L'excessive sensibilité et le ballonnement de l'abdomen firent d'abord penser à l'existence d'une péritonite; mais un examen plus approfondi et surtout la considération de l'engorgement de toute la région hépatique de l'abdomen firent diagnostiquer une hépatite.

7. Prescription : diète; limonade, potion gommeuse, 30 sangsues à l'abdomen, suivies d'un cataplasme.

8. Persistance des mêmes symptômes, un instant calmés par l'écoulement du sang qui avait été abondant. 108 pulsations ; diète, limonade, potion gommeuse, saignée de 500 grammes donnant un sang très couenneux et une sérosité abondante; 30 sangsues au côté droit de l'abdomen, au dessous des fausses côtes.

9. Amélioration marquée; 104 pulsations; diète, limonade, 3 pots; potion gommeuse, 2 lavements émollients, cataplasme.

10. La douleur s'est ranimée; 104 pulsations; diète, limonade, 20 sangsues à l'hypochondre droit, suivies d'un bain que le malade prendra près de son lit.

11. Le malade est beaucoup mieux; son pouls est à 92; il demande un peu de bouillon maigre qui lui est accordé.

12. Continuation du mieux. Soupe maigre ; cependant, comme il reste beaucoup d'engorgement à l'hypochondre droit, on prescrit, le 13, des frictions sur cette région avec l'onguent mercuriel, et à l'intérieur calomel 0,10. L'auscultation pratiquée alors dans le dos, bien que le malade ne se plaigne nullement de la poitrine, mais parce qu'il tousse un peu et rend quelques crachats un peu visqueux, fait entendre du râle sous-crépitant à la base; dans ce même point existe du son mat.

14. Soupe au lait, tisane d'orge miellée; frictions mercurielles; calomel 0,20, cataplasme.

15. Soupe au lait et pomme cuite; limonade, frictions mercurielles, calomel 0,25.

16. La douleur de l'hypochondre droit se ranime; 20 sangsues à cette région.

17. Même état; diète, cataplasmes émollients, potion opiacée.

Du 18 au 22 rien de nouveau. Continuation des mêmes moyens. Ce jour et à la suite d'un bain, le ventre est beaucoup moins tendu et moins douloureux.

24. Dans la journée le malade est pris d'un malaise très prononcé, la douleur de l'hypochondre droit s'exaspère; enfin, après une toux violente et des efforts répétés, le malade expectore une matière jaunâtre, d'une odeur très fétide, d'aspect tout à fait purulent, dont il remplit en peu de temps quatre crachoirs; après quoi, il se trouve extrêmement soulagé et s'endort.

Le lendemain, à la visite du matin, on trouve le ventre souple, la tumeur de l'hypochondre droit a diminué de moitié. A l'examen de la poitrine, on trouve en arrière, à droite et en bas, du son mat s'étendant dans tout le tiers inférieur, avec un son de *pot fêlé,* au milieu de cet espace; dans ce même point un bruit amphorique très distinct pendant la respiration, et autour, du râle crépitant fin avec de la bronchophonie.

On diagnostique une vomique de la base du poumon droit par communication de l'abcès du foie avec le poumon, à travers le diaphragme.

Prescription : bouillie, limonade, potion gommeuse, cataplasme, looch opiacé.

25. L'expectoration purulente continue, quoique moins abondante; le malade en remplit tous les jours son crachoir; il se sent bien; le bruit amphorique et la bronchophonie continuent; celle-ci prend même, vis-à-vis du son de pot fêlé, le caractère de la pectoriloquie; vers la réunion du tiers inférieur, avec le tiers moyen, toujours en arrière, il y a un souffle bronchique très marqué qui a remplacé le râle crépitant fin et le son est complétement mat; 100 pulsations.

Tous ces symptômes persistèrent jusqu'à la fin du mois, le malade se trouvant d'ailleurs de mieux en mieux; on augmenta un peu les aliments; mais comme ses crachats et son haleine étaient excessivement fétides, on lui fit prendre des potions avec 15 gouttes de chlorure de soude. Cette odeur diminua peu à peu, et le malade remarqua bientôt qu'il n'avait plus d'abord qu'une expectoration fétide, celle du matin; celles du reste de la journée n'ayant plus du tout la même odeur.

Au commencement de février, cette odeur disparut entièrement; l'expectoration remplit tout au plus le quart du crachoir; elle est encore jaune, épaisse, un peu visqueuse. On distingue encore parfaitement bien le son de pot fêlé qui a 11 centimètres d'étendue en hauteur et 9 en largeur; autour, du son mat, avec du râle crépitant qui remplace le souffle bronchique, de la bronchophonie, et, au centre, la respiration amphorique. Le foie paraît faire plus de saillie dans l'abdomen, et descend jusqu'à 13 centimètres au dessous de l'appendice xiphoïde.

Le 7 février, pour la première fois, le son de pot fêlé est moins manifeste. Le malade raconte que la veille il a éprouvé une vive douleur en allant à la garde-robe, et il a rendu une très grande quantité de matière purulente. Les infirmiers rendent compte du même fait et des angoisses auxquelles le malade a été en proie. Le foie descend moins bas dans l'abdomen.

On diagnostique une communication de l'abcès du foie avec l'intestin, probablement avec le côlon.

A dater de ce moment Mag... alla de mieux en mieux; les crachats furent bientôt réduits à une expectoration purement muqueuse.

Le 8 février, le son de pot fêlé avait tout à fait disparu, de même que la respiration amphorique; mais il restait encore un peu de râle sous-crépitant et de bronchophonie; la vibration par la voix se fait sentir à la main. L'engorgement du foie diminue de jour en jour. L'appétit se prononce, et le malade, déjà mis au quart le 5 février, mange très bien la demie jusqu'à la fin du mois.

Enfin Mag... sort parfaitement guéri le 15 mars. A ce moment, il avait repris des forces et de l'embonpoint; il n'y avait plus ni fièvre, ni douleur; la tumeur de l'hypochondre droit avait disparu; il ne restait plus, au dessous des fausses côtes droites, de son mat que dans l'étendue de 5 centimètres; plus de vestige de la voussure qui avait été si prononcée au commencement; le ventre était d'ailleurs parfaitement souple, les digestions bonnes; les selles régulières. La respiration se faisait bien partout et le son était clair dans toute la

poitrine, excepté à droite, en arrière et en bas, dans l'étendue de cinq centimètres carrés environ : là existait un son mat, point de vibration par la parole, point de bruit respiratoire. Au dessus la sonorité et la respiration sont revenues.

Réflexions. — Cette observation nous offre un exemple curieux d'une communication entre un abcès du foie et les poumons. Ces abcès sont eux-mêmes déjà fort rares, du moins en France, et les cas de cette communication le sont encore davantage ; il nous semble que le diagnostic ne laisse aucun doute sur la réalité du fait. La maladie débute avec violence, avec une douleur vive à la région du foie, et quand le malade vient à l'hôpital, la région sous-hypochondriaque droite est tendue, saillante, formant une voussure. Une saignée et plusieurs applications de sangsues diminuent singulièrement la douleur ; la tumeur ne disparaît pas, et la fièvre continue, bien que l'appétit commence à revenir. Alors on commence les frictions mercurielles à haute dose sur la région du foie, et on donne le calomel à l'intérieur pour combattre l'engorgement hépatique. Le malade se plaint de toux et l'on trouve un peu de râle crépitant à la partie postérieure de la poitrine du côté droit. Puis le malade, après s'être plaint d'oppression, de gêne à respirer, d'insomnie, se met un jour à tousser avec violence et ne tarde pas à remplir, en quelques heures, quatre crachoirs d'une matière d'un blanc sale, fade au goût, d'une odeur fétide et tout à fait semblable à du pus. Aussitôt il se sent soulagé, il n'est plus forcé à se tenir assis sur son séant ; le lendemain, la poitrine, examinée avec soin, présente un son mat à la partie postérieure et inférieure droite, du râle crépitant vers la partie moyenne, un souffle amphorique en bas, et bientôt un bruit de pot fêlé des plus marqués et que nous fîmes reconnaître, non-seulement par plusieurs élèves de l'hôpital, mais par plusieurs médecins. D'un autre côté, la saillie du foie à travers les parois abdominales avait diminué de moitié. Pendant quelque temps l'expectoration est variable, tantôt forte, tantôt faible, et de temps en temps les crachats ont une odeur fétide tellement insupportable que le malade lui-même et ses voisins en sont fortement incommodés. En même temps le bruit amphorique, variable aussi, diminue successivement et finit par cesser de se faire entendre, alors que le son de pot fêlé persiste encore. Puis l'hépatisation circonvoisine entre en résolution, la crépitation et le souffle bronchique disparaissent et le bruit de pot fêlé lui-même. Il ne reste plus qu'un peu de son mat qui persistera probablement assez longtemps encore.

C'est vers cette époque aussi que le malade, pendant une selle très douloureuse, rend une grande quantité de matières blanches, probablement purulentes. Nous n'avons pas vu ces matières des selles comme les matières de l'expectoration ; c'est pourquoi nous ne pouvons affirmer que c'était bien du pus que rendît le malade par l'anus, comme nous affirmons qu'il en expectora bien véritablement.

Ces selles ne continuèrent pas longtemps ; la santé du malade s'améliora de jour en jour, et il sortit parfaitement guéri deux mois et six jours après son entrée à l'hôpital. Tout alors était rentré dans l'état normal, et il ne restait plus qu'un peu de son mat dans la région correspondante à l'abcès et à la communication avec les bronches. Il résulte des symptômes que cette communication s'est opérée par une propagation de l'inflammation au parenchyme du poumon qui s'est hépatisé, puis ramolli. Il ne s'agissait point d'un abcès de la plèvre, car nous avons eu tous les signes de l'hépatisation : râle crépitant, son mat, souffle bronchique, et bronchophonie réunis ; aucun indice d'ailleurs d'épanchement dans la plèvre. S'il est resté du son mat, avec défaut de vibration, c'est que la cicatrisation n'a pu s'accomplir qu'au moyen d'un petit épanchement circonscrit, et de fausses membranes probablement épaisses et infiltrées de liquide.

Dans cette observation, on a vu débuter l'abcès, on a suivi sa marche et ses progrès ; on a constaté sa communication avec les bronches ; puis on a suivi sa décroissance et sa cicatrisation. Les anatomopathologistes soutiendront qu'il manque une preuve à nos assertions ; mais nous sommes heureux que l'heureuse issue de cette maladie n'ait point été un obstacle à ce qu'elle fût observée dans toute ses phases. Il est bon de noter qu'il n'y a pas eu d'ictère un seul instant.

REVUE CRITIQUE.

MÉMOIRE *sur les moyens propres à activer la rénovation organique, et sur leur application au traitement de certaines dyscrasies humorales et au développement régulier de l'organisme, par le docteur* PRAVAZ.

M. Pravaz a publié, il y a quelques années, un mémoire sur l'emploi combiné de la gymnastique et du bain d'air comprimé pour favoriser la guérison de certaines diathèses et le développement régulier de l'organisme dans la période de croissance. Les idées émises dans ce travail n'excitèrent pas d'abord une grande attention, parce que les esprits n'étaient pas suffisamment préparés à les recevoir par les recherches des savants qui ont fait des applications de la chimie organique à l'étude de la physiologie et de la pathologie.

M. Pravaz revient aujourd'hui sur les idées émises déjà par lui, il les confirme par de nouveaux faits, et surtout il établit leur rationalité. A ce sujet, il cite la pratique de la secte méthodique qui, d'après Cœlius Aurelianus, avait pour but de guérir les cachexies en expulsant du corps les éléments altérés, et en les remplaçant par des principes réparateurs. Il cite également le discours prononcé l'an passé à l'Académie de médecine par M. Royer-Collard, dans lequel on voit les curieux effets produits par certaines pratiques hygiéniques, sur la force et la forme du corps tant chez l'homme que chez les animaux.

Comme Reich et Mascati admettent que l'air atmosphérique favorise la dissolution des substances alimentaires dans les organes digestifs, M. Pravaz part de cette théorie pour se rendre compte de l'action de l'air comprimé sur la restauration de la constitution quand celle-ci a été appauvrie par les différentes cachexies. Le bain d'air comprimé agit d'autant mieux que l'introduction plus abondante de l'air dans l'économie se fait d'une manière en quelque sorte passive, et sans être provoquée par une dépense d'action musculaire qui diminue les forces du malade.

M. Pravaz a démontré par l'analyse chimique une conjecture que l'on pouvait former d'après les travaux de Legallois, à savoir, que la densité de l'air respiré devait augmenter l'excrétion de l'acide carbonique. Il a effectivement vérifié, et cela d'une manière précise, que la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon est proportionnelle à la pression de l'air dans lequel se fait la respiration. Il a également confirmé cet autre fait observé par M. Junod, que l'énergie des actes digestifs s'accroît notablement sous l'influence de la respiration d'un air condensé.

D'après notre auteur, le bain d'air comprimé a produit des effets remarquables, dans le rachitisme, les scrophules, la chlorose, l'anémie, etc.

L'effet immédiat de ce moyen est un ralentissement marqué du pouls; observe-t-on, au contraire, une augmentation dans le nombre des pulsations, M. Pravaz conseille de suspendre le bain d'air comprimé, comme étant inutile et pouvant même devenir dangereux si on s'obstinait à en continuer l'emploi.

On doit seconder l'action de ce moyen par une alimentation substantielle et variée, à laquelle le malade se prête d'autant mieux que l'inspiration de l'air comprimé exalte, comme nous l'avons déjà dit, toutes les puissances gastriques. On doit soumettre en sus le malade à un exercice modéré, à quelques affusions froides ou chaudes minéralisées.

M. Pravaz insiste d'une manière particulière sur l'emploi de l'air comprimé dans ces cas de déformation de l'épine, qui se prononcent vers l'époque de la seconde dentition ou de la puberté. Il pense avec Mayow que ces courbures vicieuses dépendent d'un défaut d'harmonie entre le développement des os et celui des muscles. Selon lui, l'air comprimé agit en rétablissant l'équilibre dans l'accroissement du tissu osseux et musculaire.

Tels sont en abrégé les points principaux du travail de M. Pravaz. Nous n'avons pas pu juger directement les bons effets que ce médecin laborieux attribue à l'emploi de l'air comprimé; mais nous les regardons comme rationnels, et nous pensons qu'il y a profit à essayer cette méthode de réparation dans les maladies cachectiques.

(*Archives.*)

DE L'EMPLOI DU GAYAC EN POUDRE DANS LE RHUMATISME AIGU.

Il est peu de maladies contre lesquelles on ait tour à tour tenté autant de moyens de traitement que contre le rhumatisme aigu. Les saignées modérées, les saignées coup sur coup, l'opium, le sulfate de quinine, le tartre stibié, le nitre, l'iodure de potassium, les onctions mercurielles, les bains de vapeur; que de médications préconisées avec chaleur et rejetées avec non moins de précipitation et de ferveur! Un médecin de Bordeaux, M. le docteur Peraire, vient encore ajouter à toutes les méthodes thérapeutiques l'emploi du gayac en poudre. Il rapporte neuf faits de rhumatisme aigu qui militent en faveur de cette médication, qui n'est pas nouvelle.

Les effets de la poudre de gayac sont de provoquer une action vers la peau et les poumons, dont il active les fonctions exhalantes. Il est résulté de son emploi un adoucissement sensible dans l'état des malades soumis à ce traitement. Le pouls a offert à M. Peraire surtout un changement notable dans sa vitesse et dans sa force, c'est-à-dire que de dur et accéléré il est devenu mou et calme. Après vingt-quatre ou trente-six heures de son emploi, la sécrétion urinaire a été augmentée. Peu à peu les symptômes rhumatiques se sont apaisés, et les accidents qu'ils causaient se dissipaient en même temps, dans l'espace de sept à huit jours le plus généralement. L'auteur cite l'observation d'un rhumatisme lombaire rebelle à plusieurs médications, et qui a cédé à l'emploi sagement administré de la poudre de gayac, secondé par un régime convenable. Dans deux cas, ce médicament a paru ramener la régularité dans les fonctions des organes digestifs. M. Peraire insiste sur la coïncidence de l'altération de l'estomac avec le rhumatisme, que Broussais avait signalée. Quoique dans le cas de gastrite rhumatismale l'action du gayac ait été supportée avec difficulté, il n'en a pas moins été un spécifique contre cette maladie et l'arthrite rhumatismale existant ensemble.

Enfin, le praticien de Bordeaux croit à l'action spécifique du gayac contre le rhumatisme, et à son emploi avantageux dans la période d'acuité. Voici la formule d'administration du remède. C'est un mélange de 4 grammes de gayac porphyrisé en poudre impalpable, de 2 grammes de feuilles d'oranger en poudre, et de 5 centigrammes d'*acétate de morphine*, qu'on divise en 16 paquets. On en prend une prise toutes les deux heures dans une infusion béchique. L'acétate de morphine, ainsi fractionnée, est un correctif qui a l'avantage de favoriser la tolérance de l'estomac et de modérer les effets stimulants du gaïac qui obligeraient à en discontinuer l'emploi.

Nous ne pouvons partager la confiance que M. Peraire a dans le gayac. En effet, l'emploi simultané du gayac et de l'acétate de morphine ne permet pas d'attribuer les honneurs de la guérison au premier de ces médicaments; car on connaît les heureux effets des opiacés administrés pour combattre le rhumatisme.

MÉDECINE COMPARÉE. *Des maladies qui ont régné sur l'homme et les animaux pendant l'été de* 1842.

L'étude comparative des phénomènes pathologiques, qui se manifestent dans les diverses espèces du règne animal, ne peut manquer d'être une source féconde d'investigations importantes. Depuis fort longtemps de bons esprits ont parfaitement pressenti les services que la pathologie comparée peut rendre à la médecine humaine. Quelques tentatives ont même été faites dans cette direction. Enfin, un habile et laborieux médecin, après avoir enrichi la pathologie humaine d'un grand nombre de beaux travaux, vient de prendre la résolution de consacrer une partie de ses veilles à l'étude des maladies des animaux.

M. Rayer, nous n'en doutons point, par cette publication servira non-seulement les intérêts de la science, mais encore ceux de la pratique. Observant sur un vaste théâtre de maladies, libre d'instituer à volonté les expériences de toute sorte sur les animaux, et de les sacrifier à toutes les phases de la maladie, il pourra éclairer l'origine des désordres de l'organisation, les lésions anatomiques qui leur correspondent, aussi bien que leur marche et leur thérapeutique.

Les travaux antérieurs du médecin de la Charité sur la pathologie comparée, nous font espérer que cette science, qui se laisse aujourd'hui à peine entrevoir, finira par conquérir une existence classique à côté de l'anatomie comparée, sa sœur aînée.

Dans le premier numéro de son recueil (*Archives de médecine comparée*, in-fol., chez J.-B. Baillière), M. Rayer a tracé le tableau des maladies qui ont régné sur l'homme et les animaux pendant l'été de 1842.

A cette époque, on a remarqué chez l'homme, à Paris, comme maladies épidémiques, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde et la scarlatine.

La rougeole et la scarlatine n'ont jamais été observées, jusqu'à présent, chez les animaux.

M. Rayer n'a point constaté, pendant l'été de 1842, la variole, ni sur les animaux de la ménagerie du Jardin-du-Roi, ni ailleurs. Est-ce une raison pour nier que cette affection puisse se développer chez les bêtes? Non, assurément; car, dans divers pays, et à plusieurs autres époques, des médecins et des vétérinaires ont rencontré la variole sur quelques animaux. Mais, dans tous ces cas, la maladie ne s'est pas développée spontanément; elle leur a été transmise par contact ou inoculation. Paulet et Huzard assurent avoir observé la transmission de la petite vérole de l'homme à plusieurs singes, au chien et au porc. Grève a vu également la petite vérole de l'homme développer chez un singe, qui avait joué avec des enfants malades de la petite vérole. On sait que la clavelée des moutons a été regardée comme l'analogue de la variole de l'homme.

Pendant l'épidémie variolique régnante sur l'espèce humaine, M. Rayer a visité plusieurs établissements de nourrisseurs, et il n'a pa

vu sur les vaches un seul exemple d'éruption analogue, soit à la vaccine, soit à la variole.

Dans le dernier numéro de ce journal, nous avons rapporté l'observation d'un cas de fièvre typhoïde rencontré sur un ânon, par M. Rayer. Jusqu'à ce jour, les vétérinaires s'étaient peu occupés de rechercher sur les animaux l'analogue de cette maladie de l'homme. La découverte de cette affection chez les animaux permettra désormais d'étudier les altérations anatomiques de l'intestin à leur debut, et de faire des expériences nombreuses relatives à la thérapeutique de cette maladie.

Enfin, pendant l'été de 1842, on a remarqué une grande mortalité parmi les oiseaux de basse-cour, et notamment sur les poules, qui mouraient au bout de quelques jours de maladie et quelquefois dans l'espace de vingt-quatre heures. La maladie était annoncée par une faiblesse très marquée dans les membres, une décoloration de la crête, et la mort était précédée d'un affaiblissement brusque ou d'une convulsion avec coloration bleuâtre de la peau. A l'ouverture du corps, M. Rayer n'a trouvé aucune lésion remarquable, hors dans deux cas où il existait, à la partie supérieure du larynx, de petites plaques jaunes lenticulaires, comme pseudo-membraneuses.

M. Rayer termine son mémoire par les conclusions suivantes :

« En résumé, pendant ce trimestre, on a remarqué chez l'homme plusieurs maladies contagieuses à différents degrés (variole, rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde), auxquelles sont restés complétement étrangers, soit les animaux domestiques, soit les animaux exotiques conservés dans nos ménageries. Et pendant que ces maladies graves régnaient, la mortalité était presque nulle chez les animaux domestiques, à part les poules, parmi lesquelles la mortalité était considérable. La salubrité ou l'insalubrité des saisons, considérée d'une manière générale, est donc, dans certains cas, une chose plutôt relative qu'absolue. »

(*Archives de médecine comparée.*)

NOUVEL INSTRUMENT DE PERCUSSION.

Un médecin anglais, le docteur Aldis, vient d'inventer un nouvel instrument de percussion, appelé échomètre. Qu'on se figure un plessimètre enchâssé dans un anneau auquel est adapté un large ressort recourbé, qui supporte à son extrémité une espèce de marteau appelé le percusseur; ce percusseur dans l'etat de repos est appuyé sur le milieu du plessimètre. Veut-on le mettre en action? on fixe de la main gauche le plessimètre sur la poitrine, de la main droite on saisit le percusseur et on le laisse retomber sur le plessimètre. Une espèce de frein dont on peut faire varier la longueur au moyen d'une vis placée à l'extrémité supérieure ne permet jamais au ressort de s'élever qu'à une même hauteur. Cet instrument aurait, selon l'auteur, le grand avantage de produire des sons uniformes.

Trouvera-t-on beaucoup de praticiens anglais ou français disposés à se surcharger encore d'un nouvel instrument ? Il est probable que la plupart continueront à percuter sur la face dorsale ou palmaire des doigts, procédé facile qui, avec de l'habitude, donne de fort bons résultats.

(*London medical Gazette*, mai.)

TERMINAISON HEUREUSE D'UN EMPYÈME *par une ouverture spontanée.*

Le 3 octobre 1838, un homme plein de santé, d'une constitution robuste, en soulevant une lourde pièce de bois ressentit, selon son dire, comme une espèce de craquement dans la poitrine. Cependant il put continuer son travail tout le jour. Le lendemain en ramant, il est pris de frisson et obligé de cesser tout travail pour se mettre au lit ; alors se déclare une fièvre violente accompagnée de toux, de dyspnée et d'un point fixe près du bord inférieur de l'épaule gauche.

Un médecin, appelé le 5, lui pratique une large saignée, lui donne un purgatif, et applique un sinapisme sur le point douloureux.

Le 6, nouvelle saignée; les crachats deviennent rouillés et tous les signes d'une pleuro-pneumonie se dessinent nettement. On insiste sur les émissions sanguines, sur les vésicatoires, et au bout de quelques jours les symptômes inflammatoires s'apaisent. Mais il reste de la toux, une expectoration abondante, et l'impossibilité de se coucher sur le côté droit, sans aggravation de la dyspnée et de la toux ; bientôt s'ajoutent à ces symptômes des sueurs colliquatives.

Vers la fin de décembre, la faiblesse et l'émaciation avaient fait de grands progrès, l'examen de la poitrine fit reconnaître à la percussion de la matité dans toute l'étendue du côté gauche. La respiration ne s'y faisait plus entendre, si ce n'est faiblement dans la région sous-claviculaire ; la mensuration ne fit reconnaître aucune augmentation dans la capacité du même côté.

Quelques jours après, une tumeur molle se montra dans le cinquième espace intercostal, au dessous et en dehors du sein gauche ; le lendemain cette tumeur s'était ouverte, et le malade était baigné d'une quantité considérable de pus ; il continua à s'en écouler ainsi chaque jour environ une pinte. On pansait l'ouverture avec de la charpie soutenue

par un bandage, et à chaque pansement, le matin et le soir, on facilitait la sortie du pus en plaçant le malade sur le côté gauche, et l'engageant à faire une grande inspiration : la toux et la dyspnée diminuèrent beaucoup. Un régime fortifiant, auquel on joignit l'usage d'une certaine quantité de sulfate de quinine, releva graduellement les forces du malade qui put sortir au mois de mars 1839. Toutefois il était encore très faible, et la matière purulente continuait matin et soir à couler presqu'en égale quantité, lorsque trois semaines après il vint du sang au lieu du pus, et la plaie se ferma, laissant une petite cavité de la largeur d'un dé à coudre, et dans laquelle on pouvait introduire l'extrémité du doigt. De ce moment le malade recouvra progressivement la santé.

A l'examen de la poitrine, les mouvements des deux côtés étaient égaux, et le murmure de la respiration ainsi que le son donné par la percussion parurent naturels.

Cette observation a la plus grande ressemblance avec la plupart de celles qui ont été publiées sur la guérison de la pleurésie chronique par évacuation naturelle du liquide. Néanmoins, l'on ne doit point se lasser de recueillir les faits semblables, parce qu'ils prouvent la possibilité de guérir la maladie en imitant la nature et qu'ils doivent servir à vaincre la répugnance des praticiens pour l'opération de l'empyème.

Nous devons faire remarquer que dans cette observation comme dans plusieurs autres semblables, l'ouverture s'est faite beaucoup plus haut qu'au lieu d'élection prescrit dans la thoracentèse.

(*Edinburgh medical and surgical Journal.*)

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

La découverte de l'auscultation en révélant chez les phthisiques pendant la vie les effroyables désordres que jusqu'alors on n'avait constatés qu'après la mort, avait jeté pendant quelques années les médecins dans un découragement complet au sujet de la curabilité des tubercules pulmonaires.

Cependant Laennec et un grand nombre d'observateurs à sa suite, signalèrent, sur des sujets qui avaient succombé à d'autres maladies, des traces évidentes d'une tuberculisation qui s'était arrêtée dans sa marche. Ces recherches, particulièrement dans les hospices où sont rassemblés des milliers de vieillards, sont loin d'être infructueuses : 1° le plus rarement on trouve au sommet des poumons une petite cavité complétement vide, lisse et tapissée d'une membrane séreuse avec une densité plus grande du tissu pulmonaire qui se trouve à l'entour. D'autres fois la cicatrisation est complète, les parois de la cavité se sont réunies, il existe dans ce point de réunion un tissu blanchâtre, dense, imperméable à l'air ; les bronches qui se rendent à ce point sont oblitérées à leur extrémité, et un froncement particulier de la surface pulmonaire indique le retrait qui a eu lieu dans ce point par suite de la perte de substance ; 2° Il reste encore des traces de la matière tuberculeuse ; mais celle-ci étant arrêtée dans son développement, on ne rencontre plus que quelques tubercules épars sans irritation de la partie du poumon qui les entoure ; ou bien des masses de tubercules ayant commencé à être résorbées, la partie la plus fluide a disparu la première, et il ne reste plus qu'un mélange d'une substance à demi concrète et de matière calcaire. Enfin, à un degré plus avancé encore, on ne trouve plus que les amas calcaires enveloppés d'un tissu dense, fibreux et même cartilagineux qui les sépare complétement du tissu pulmonaire comme un corps étranger.

Si jusqu'à présent on avait pu déterminer sous quelles influences ont lieu ces transformations, on aurait une méthode pour traiter la phthisie. Malheureusement il n'en est rien, et les nombreuses tentatives, que depuis quelques années cet espoir de guérison a fait entreprendre, ne peuvent être rapportées qu'à l'empirisme pur. Nous ne devons pas moins signaler toutes celles qui ont quelque apparence de succès, car une maladie qui entre pour un cinquième dans la mortalité de la France et de l'Angleterre, et qui en réalité, par son immuable permanence, fait beaucoup plus de victimes que les plus désastreuses épidémies, toujours passagères, mérite qu'on ne se lasse point de lutter contre elle.

Nous ne parlerons plus du chlore, du sel marin, du carbonate de potasse, de l'arsenic qui paraissent avoir promis plus qu'ils ne pouvaient tenir. Voici surgir un nouveau médicament qui peut-être à son tour..... mais nous ne devons ici que raconter les faits annoncés, n'ayant point jusqu'à présent d'autres faits à leur opposer.

M. le docteur Pereyra, médecin de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pense avoir trouvé un remède efficace contre la phthisie dans l'huile de foie de morue, en raison de l'iode que contient cette substance. (*Traitement de la phthisie pulmonaire*, 1843, brochure de 84 pages.)

Pour motiver l'emploi de ce médicament, M. Pereyra part d'une observation fort juste : la fréquence de la phthisie pulmonaire chez les enfants teigneux en traitement. Mais ses conclusions sont peut-être un peu trop tendues lorsqu'il veut établir l'analogie complète des scrophules et du tubercule pulmonaire. Qui et.

peut se développer chez des individus fort robustes qui n'avaient jamais présenté le plus léger indice de scrophule. Nous avons vu entre autres deux hommes pleins de vigueur passer du plus bel état de santé, en quelques mois, à une phthisie mortelle. L'un était un forgeron qui avait reçu un coup violent de marteau dans le sommet de la poitrine; des masses tuberculeuses se développèrent en grand nombre dans le poumon correspondant au point frappé; ceux qui existaient dans l'autre poumon étaient beaucoup moins avancés. Même observation chez un jeune homme qui, en jouant avec ses camarades avala un petit bouton de métal. Ce corps se fixa dans une des divisions des bronches, et là aussi s'accumulèrent des tubercules. Cependant il faut convenir que les individus lymphatiques sont généralement regardés comme plus prédisposés à la phthisie pulmonaire.

M. Pereyra se sert d'une huile de foie de morue épurée, mais assez colorée. Il en donne en général une cuillerée à bouche le matin et une cuillerée le soir. Quelques malades se refusent à continuer ce médicament d'une odeur nauséabonde; mais la plupart après en avoir éprouvé une impression désagréable, et l'avoir vomie deux ou trois fois, s'y habituent assez facilement; il est important d'ajouter qu'à ce médicament M. Pereyra joint l'usage d'un séton sur le côté de la poitrine le plus malade, et une nourriture substantielle qu'il porte rapidement à la portion entière, composée de viandes grillées ou rôties et d'un demi-litre de vin.

Depuis le 1er août 1838, M. Pereyra a eu dans les salles de son service 362 phthisiques présentant des tubercules ulcérés; 110 sont morts, 245 sont sortis de l'hôpital; 7 restaient encore. Parmi les morts un petit nombre seulement a été soumis à la médication par l'huile de foie de morue, tous les autres etaient dans un état trop avancé pour qu'on ait pu espérer améliorer leur état. Ainsi, en somme, près d'un tiers des phthisiques morts, et les autres sortant plus ou moins soulagés. Mais que voyons-nous autre chose dans les hôpitaux, où on se contente des palliatifs ordinaires, mais où on prend soin de le soutenir par un régime nourrissant? Ceux qui ne sont pas arrivés au dernier degré de la maladie, reprenant quelque force, sous l'influence du repos et souvent de la nourriture qui leur manquait, retournent au travail pour succomber plus tard.

Les observations particulières nous donneront-elles plus de confiance? Sur ce nombre considérable de malades, M. Pereyra, quoiqu'il les ait observés avec soin, qu'il les ait auscultés et qu'il ait fait écrire chaque jour les phénomènes observés, n'en cite qu'un très petit nombre, et encore faut-il compter plusieurs morts. Parmi ceux qui lui ont semblé améliorés, il en est un assez bon nombre qu'il n'a point revus. Une des observations sur lesquelles il appuie le plus la certitude de guérison est la suivante:

Un jeune fille publique, âgée de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, présente au commencement de 1839 les symptômes suivants: amaigrissement, fièvre hectique, pouls fréquents, sueurs nocturnes, toux fréquente, crachats purulents. L'auscultation fait constater des tubercules crus, deux pectoriloquies très évidentes avec souffle caverneux au sommet du côté droit; suppression des menstrues depuis trois mois. L'huile de foie de morue, un séton, des pilules de Blaud et un régime animalisé, sont employés pendant deux mois; une grande amélioration se manifeste et la malade sort en mars de la même année. Trois ans après elle rentre dans le service, atteinte d'une légère bronchite qui se dissipe en quelques jours. L'auscultation du reste fait reconnaître la pectoriloquie aux mêmes points. Seulement les cavernes semblent beaucoup plus petites, on n'entend plus de bruit tuberculeux; cette fille affirma que depuis trois ans elle jouissait d'un bon état de santé. Seulement peut-on la regarder comme complétement guérie, et ne serait-ce point là un de ces exemples, qu'il n'est pas très rare de rencontrer, de phthisie enrayée pendant quelques années?

Nous croyons aussi que les observations de M. Pereyra seraient plus nettes si ce médecin, au lieu d'indiquer, comme il le fait, les tubercules crus à tel point du poumon, nous indiquait seulement les changements que l'auscultation lui a fait reconnaître dans le bruit respiratoire. En effet, M. Pereyra pense que les tubercules crus se manifestent, non par un prolongement et une augmentation de l'expiration, mais, au contraire de ce signe généralement adopté en France, en Angleterre et en Allemagne, par une brièveté plus grande et même une suspension complète du bruit d'expiration. Cette différence fondamentale peut donc faire craindre que cet observateur ne soit nullement d'accord sur la présence des tubercules avec le plus grand nombre des médecins.

Cependant ces modifications du bruit respiratoire, signes de la phthisie pulmonaire commençante, doivent appeler de tous côtes l'attention; car s'il est quelques secours à porter, ce n'est point quand la fonte tuberculeuse est avancée, et que les signes les plus grossiers de l'auscultation viennent à se révéler; si les traitements essayés peuvent inspirer quelque confiance, ce n'est que quand ils auront été précédés d'un diagnostic évident. Nous ne saurions partager l'opinion que le rédacteur du *Journal de*

médecine de Bordeaux a émise à ce sujet dans les réflexions fort judicieuse qu'il a faites sur le traitement de M. Pereyra : *la respiration influencée de tant de manière par l'innervation, variant sous l'influence de tant de causes, ne peut être considérée comme une base immuable pour asseoir un diagnostic de cette nature.* Tout observateur attentif qui compare les bruits d'inspiration et d'expiration chez un phthisique avec ceux d'un homme sain, les trouve constamment modifiés. Chez le phthisique même là où il ne rencontre pas encore le gargouillement et la pectoriloquie, par exemple souvent au sommet du poumon gauche, quand le droit présente déjà les signes de la fonte tuberculeuse, il note un bruit d'expiration plus prolongé, plus fort, et qui quelquefois même couvre le bruit d'inspiration. Quand ce même signe se retrouve chez un individu, qui n'offre pas encore de signes d'une tuberculisation plus avancée, et dont le poumon n'est pas comprimé par un épanchement, quand ce signe vient se joindre à un changement dans la sonorité, au retentissement plus marqué de la voix, des battements du cœur au sommet de la poitrine, quand il s'unit à des symptômes généraux de mouvement fébrile vers le soir, d'amaigrissement, etc., ne prend-il point la plus grande valeur? Cette opinion, nous la retrouvons avec plaisir fort développée dans un mémoire de M. le docteur Durrant, médecin de l'hôpital d'Ipswich, inséré dans *London medical Gazette* (mai).

Nous rencontrons un article sur le même sujet de M. Max. Simon dans le *Bulletin de thérapeutique,* ce médecin prend à peu près le même point de départ que M. Pereyra, l'analogie des tubercules et des scrophules. Mais il se préoccupe moins de la lésion que des causes et il s'attache surtout à la prophylaxie; les préparations ferrugineuses dès le bas âge, et même données aux nourrices dans l'hypothèse que leur lait en contiendra, lui paraissent un des moyens les plus utiles à mettre en usage chez les enfants lymphatiques que menace une fatale hérédité. Les réflexions de l'auteur sur l'abus qu'on fait des préparations opiacées chez les phthisiques nous paraissent fondées en pratique; ces préparations, trop souvent répétées, perdent leur action sédative et contribuent à diminuer les forces des malades. Mais l'auteur à notre avis traite avec trop de dédain l'anatomie pathologique. Sans doute l'anatomie pathologique n'est pas le but de la médecine, mais c'est par la comparaison des lésions observées après la mort qu'un grand nombre de signes physiques et celui en particulier que nous signalons plus haut acquièrent une importance méritée. Quant à cette espèce d'aphorisme: *c'est par l'art seul que notre science signifie quelque chose,* nous eussions aussi désiré un commentaire; car, il nous semble que depuis quelque temps on abuse de ce mot : pour les anciens l'art n'était que l'application raisonnée de connaissances amassées à force de patience et de temps. C'est dans ce sens que Cicéron l'appelait *præceptio quæ ducit ad certam viam,* et qu'Hippocrate trouvait l'art bien long et la vie bien courte. Nous pensons que c'est aussi dans ce sens que l'emploie notre honorable confrère ; mais, quelques modernes, pressés de tirer parti du temps de leur existence, veulent rendre l'art plus facile ; et, trop souvent, quiconque sait à propos et avec habileté profiter de connaissances plus ou moins certaines, éblouir par les éclairs d'une brillante imagination, entraîner les esprits dans des écarts qui séduisent par leur étrangeté, passe pour maître consommé en fait d'art. Ce qui propage cette erreur, c'est que l'on confond souvent deux choses fort distinctes, l'art et le génie. Le génie peut, en faveur de ses grandes créations, se faire pardonner quelques bizarreries; mais l'art qui veut parodier le génie dans ce qu'il a d'insolite, sans fournir comme lui des chefs-d'œuvre à méditer, ne peut être digne de la même indulgence.

COINCIDENCE DU RHUMATISME *articulaire aigu et de l'inflammation de la membrane séreuse externe et interne du cœur.*

La loi qu'a établie M. Bouillaud est un fait acquis à la science qui n'a plus besoin de démonstration, et ceux qui l'ont nié avec le plus d'obstination sont obligés, aujourd'hui, de se rendre à l'évidence. Battus sur le point capital, les adversaires de M. Bouillaud en sont réduits à combattre pour une question de fréquence, et à prétendre que l'exception a été prise pour la règle. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous croyons utile de reproduire les chiffres suivants. Sur huit malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, entrés à la clinique de Heidelberg en 1841, sept ont présenté des signes positifs de péricardite ou d'endocardite, et chez deux d'entre eux, l'inflammation de la séreuse interne a donné lieu à des altérations valvulaires consécutives.

Cette proportion est certainement exceptionnelle et de beaucoup supérieure à celle que nous observons : trouverait-elle sa raison dans le traitement qui a été mis en usage? Il est permis de le supposer, malgré l'absence de tous détails relatifs à la thérapeutique, car le docteur Puchelt se demande si par la méthode des saignées coup sur coup on aurait pu prévenir la complication cardiaque. (*Medicinisch Annalen. Band. IX, Heft. I.*)

Dans un compte-rendu de la clinique du docteur Skoda, à l'hôpital général de Vienne,

nous voyons figurer 5 cas d'endocardite coïncidant tous avec un rhumatisme articulaire aigu. Sur ces 5 malades, 2 guérirent complétement : chez les 3 autres des altérations valvulaires consécutives donnèrent lieu à une insuffisance de la valvule mitrale. Le rhumatisme avait été combattu par une médication antiphlogistique *énergique*, dit l'auteur, qui malheureusement n'entre pas, à cet égard, dans des détails plus circonstanciés. (*Schmidt's Jahrbucher*, 1843, t. XXXVIII, nº 4.)

PLEURÉSIE CHRONIQUE. — THORACENTÈSE. — GUÉRISON.

On sait la répulsion qu'éprouve en France la thoracentèse appliquée à la pleurésie chronique, répulsion fondée, il faut le dire, sur l'observation, puisque presque tous les malades opérés ont succombé. Mais, tandis que chez nous nous n'avons que des revers à enregistrer, il n'en est pas de même en Angleterre et en Allemagne, où la thoracentèse est fréquemment pratiquée et où, en admettant même que les revers soient dissimulés, le nombre des succès est considérable. Une analyse raisonnée de toutes les observations fournies par nos voisins d'outre-Rhin et d'outre-Manche, formerait un complément utile à l'excellente thèse de M. Sédillot, et montrerait peut-être enfin quelles sont les circonstances dans lesquelles l'opération présente des chances de réussite. L'observation suivante vient encore augmenter le nombre des éléments sur lesquels reposerait un semblable travail.

Un homme de 26 ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais présenté aucun symptôme de maladie de poitrine, ressent tout à coup une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine; il survient ensuite une petite toux sèche et de la dyspnée, qui vont en augmentant. Le malade ne consulte un médecin qu'au bout de 14 jours, et celui-ci constate l'état suivant :

Le malade est obligé de rester assis dans son lit; la face est pâle, livide, anxieuse ; la respiration laborieuse, courte ; les inspirations profondes sont impossibles; la mensuration montre que la circonférence du côté gauche de la poitrine est plus considérable que celle du côté droit. La palpation ne fait percevoir aucun mouvement vibratoire. La percussion donne un son mat dans tout le côté thoracique gauche ; l'auscultation, de ce même côté, ne fait entendre aucune espèce de bruit respiratoire normal ou pathologique. Le cœur est refoulé vers la droite, sa pointe est placée, de ce côté, entre la sixième et la septième côte ; à l'exception des signes qui se lient au déplacement du cœur, le côté droit de la poitrine ne présente rien d'extraordinaire : toutefois, la respiration y est puérile. Le pouls est fréquent, dur, petit; la fièvre augmente vers le soir. Le pied gauche est légèrement infiltré; la sécrétion urinaire est réduite à une cuillerée à bouche d'une urine trouble et épaisse, dans les 24 heures.

Le docteur Neuber prescrivit une saignée, une application de sangsues, du calomel associé au nitre et à la digitale, des frictions mercurielles sur le côté gauche de la poitrine.

Ce traitement ne produisit aucune amélioration. L'épanchement augmentait encore, et la fièvre menaçait de devenir hectique. La thoracentèse fut alors décidée et pratiquée entre la cinquième et la sixième côte. Il s'écoula une grande quantité d'un liquide trouble, séro-purulent, et immédiatement le malade éprouva un grand soulagement : quelques heures après l'opération le cœur revint occuper sa place habituelle. Le lendemain, l'hétéromorphie thoracique avait disparu, ainsi que la fièvre et la respiration puérile du côté droit; à gauche, le murmure vésiculaire se faisait déjà entendre; le malade avait dormi ; au bout de trois semaines la guérison était complète.

(*Schmidt's Jahrbücher*, 1843, t. XXXVIII, nº 4.)

Voilà encore un exemple de pleurésie *simple* dans laquelle la résorption de l'épanchement n'a pu être obtenue. En admettant l'existence de tubercules pulmonaires méconnus, l'opération n'en a pas moins arraché à une mort imminente le malade, qui peut encore vivre de longues années.

Ce fait montre, contrairement aux assertions de certains médecins, avec quelle facilité le poumon, après avoir été fortement comprimé, redevient perméable à l'air.

Enfin, ici encore l'observation vient confirmer les paroles d'Hippocrate, qui dit que l'opération de l'empyème offre plus de chances de succès lorsqu'elle est pratiquée du côté gauche.

PNEUMO-THORAX. — THORACENTÈSE. — GUÉRISON.

Il n'existe dans la science qu'un très petit nombre de faits de pneumo-thorax survenus à la suite d'une déchirure du tissu pulmonaire, produite elle-même par une contusion ou une compression de la poitrine. Riolan, Pouteau, Barbeyrac rapportent que la thoracentèse a été pratiquée à des malades chez lesquels on croyait à l'existence d'un épanchement de liquide dans la poitrine; l'ouverture ne donna issue qu'à de l'air et la guérison eut lieu ; mais nous ne pensons pas que l'opération ait été faite en l'absence d'une erreur de diagnostic. L'observation suivante offre donc un double intérêt par la manière dont le pneumo-thorax est survenu et par l'opération que le succès a couronnée, grâce

à la nature exceptionnelle de la cause pathogénique.

Un jeune homme de 22 ans est pris entre deux voitures et a la poitrine fortement comprimée ; il tombe à terre privé de connaissance; au bout d'un quart d'heure, il revient à lui, sa respiration est gênée et il crache du sang. On pratique deux saignées, et le lendemain on constate les symptômes suivants :

Face violacée et turgescente; veines du cou gonflées; décubitus latéral gauche; respiration difficile, entrecoupée; voix affaiblie; toux douloureuse, courte, suivie d'une expectoration sanglante. Le cœur est refoulé dans la région épigastrique, ses bruits sont à peine perceptibles. Les espaces intercostaux, du côté gauche, sont saillants; la main appliquée sur la poitrine, de ce même côté, ne perçoit aucun mouvement vibratoire; la percussion donne un son tympanique; à l'auscultation, aucun bruit respiratoire, mais au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate on entend un tintement métallique très caractérisé. Rien de remarquable du côté droit de la poitrine. Le pouls est fréquent, irrégulier; la température générale du corps est abaissée. Pas de fracture de côte, pas d'emphysème extra-pleural. Le diagnostic fut celui-ci : *pneumo-thorax considérable, par suite d'une déchirure traumatique du tissu pulmonaire ; la déchirure n'a qu'une petite étendue, puisqu'il n'existe point d'hémato-thorax.*

Nouvelle saignée, application de glace sur la poitrine.

Le lendemain (3 avril), on constate que l'épanchement d'air est encore plus considérable que la veille aux signes suivants : la dyspnée est plus forte, la voussure de la poitrine plus prononcée, le cœur est refoulé encore davantage vers le côté droit, le tintement métallique a disparu.

Le professeur Schuh se décide à pratiquer la thoracentèse. Un trocart très fin est enfoncé dans le septième espace intercostal, au-dessous du creux axillaire; la canule est maintenue fermée avec le doigt pendant l'inspiration. Elle est ouverte pendant l'expiration. Dans la crainte qu'une brusque ampliation du poumon ne détruise l'agglutination qui doit exister entre les bords de la solution de continuité qui a produit le pneumo-thorax, on ne permet à l'air de s'échapper que peu à peu. A cet effet, on ouvre la canule pendant une expiration, puis on la ferme pendant cinq ou six respirations complètes; on l'ouvre de nouveau pendant une expiration, et ainsi de suite. De l'air s'échappe en sifflant par la canule à chacune de ces expirations, à la onzième desquelles le sifflement n'étant plus que très faible, la canule est retirée et la petite plaie fermée avec du diachylon.

Immédiatement après cette opération, le cœur vint occuper sa place ordinaire, l'hétéromorphie thoracique disparut, la respiration devint plus libre et le malade éprouva un grand soulagement.

Le 4 avril, la percussion donne un son mat dans une petite étendue, en arrière et en bas : un épanchement de liquide peu considérable s'est fait dans la cavité pleurale gauche. Du reste, le malade se sent bien, la respiration est libre.

Au bout de quelques jours, l'épanchement commence à diminuer, la résorption ne tarde pas à être complète, et le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

(*Schmidt's Jahrbücher*, 1843, t. XXXVIII, nº 6.)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

SUR L'ALTÉRATION DU SULFATE DE POTASSE.

Le sulfate de potasse est très rarement prescrit aujourd'hui comme purgatif, et cela avec raison, car les sulfates de magnésie ou de soude réussissent plus sûrement et sont d'une grande innocuité; on l'emploie quelquefois encore comme laxatif à la dose de dix grammes dans un litre de tisane pour prévenir les accidents qui pourraient suivre la suppression de la sécrétion du lait. Il existe, dit M. Moritz, dans le commerce des sulfates de potasse renfermant ou du zinc ou du cuivre. Ce sel ainsi altéré nous arrive d'Allemagne où il est le produit secondaire de la fabrication de l'acide nitrique. Tout en admettant les faits annoncés par M. Moritz et qui imposent au pharmacien l'obligation d'essayer la pureté du sulfate de potasse qu'il tient du commerce, je suis cependant convaincu par des expériences directes sur divers animaux que le sulfate de potasse n'est pas aussi complétement innocent qu'on le pensait généralement il y a quelques années; mais il est juste de dire que pour produire des accidents chez l'homme il en faut administrer des doses assez élevées.

Sirop antirachitique.

(Vanier.)

Huile de foie de raie......	150	grammes.
Extrait de feuilles de noyer.	50	—
Miel....................	800	—
Eau distillée............	5	—
Iodure de potassium......	5	—

Sirop de quinquina....... 500 —
Sirop simple............ 1000 —
Essence d'anis. .... 5 gouttes.

F. s. a. à prendre par cuillerées le matin à jeun.

Poudre de Seyffer.

Bi-iodure de mercure..... 5 centigr.
Alcool.................. 2 gouttes.
Faites dissoudre, ajoutez :
Calomélas à la vapeur..... 40 centigr.
Triturez, puis ajoutez :
Sucre.................. 10 grammes.

M. et f. s. a. une poudre bien homogène divisée en 32 doses.

On en prescrit une le matin, une à midi, une le soir aux enfants de 3 à 6 ans pour combattre l'hydrocéphale aiguë.

Poudre contre l'aménorrhée.

(Tsuhierschki.)

Extrait d'if.............. 10 centigr.
Calomélas................ 5 —
Sucre blanc.............. 30 —
Essence sabine........... 1 goutte.

F. s. a. une dose à prendre autant le matin et autant le soir.

Eau gazeuse fébrifuge.

(Meirieu.)

Sulfate de quinine........ 60 centigr.
Acide tartrique........... 4 grammes.
Bicarbonate de soude..... 5 —
Sucre en poudre......... 20 —
Eau..................... 625 —

F. s. a. à prendre par demi-verrées contre les fièvres des marais.

Pilules antiépileptiques.

(De Bourge de Rollot.)

Bleu de Prusse.. }
Oxide de zinc.... } *aa* 10 grammes.

F. s. a. 100 pilules. On prendra une de ces pilules le matin à jeun pendant la première semaine. On en prendra ensuite une le matin et une le soir, jusqu'à cessation des accès.

TRAITEMENT DU TÉNIA *par l'huile éthérée de fougère, selon la méthode de Coindet.*

Le malade se nourrit de potages, de bouillons très gras quelques jours avant l'administration des remèdes qu'il prend en deux doses, une le soir en se couchant, et l'autre le lendemain.

Huile éthérée de fougère mâle.................... 2 gram. 50 cent.
Calomel à la vapeur.... *Id.* *Id.*
Poudre de fougère récente.................. q. s.

F. s. a. de pilules de 30 centigr.

Deux heures après la première dose, on prescrit 60 grammes d'huile de ricin, et peu de temps après le malade rend le ver entier.

Pommade anodine.

(De Bourge de Rollot.)

Cérat de Galien....... 40 grammes.
Extrait de belladone.. 10 grammes.
Acétate de morphine.. 20 centigram.

Mêlez. M. Rollot emploie cette pommade en frictions dans les cas de rhumatismes articulaires et contre les douleurs musculaires.

Pommade stibio-belladonnée.

(De Bourge de Rollot.)

Pommade stibiée..... 40 grammes.
Extrait de belladone.. 5 grammes.

Mêlez. Employée en frictions sur les parois de la poitrine pour combattre plusieurs affections des organes contenus dans cette cavité.

Pommade contre la sciatique.

(De Bourge de Rollot.)

Pommade stibiée... 40 grammes.
Extrait d'aconit.... 5 grammes.

Mêlez. Faites des frictions avec cette pommade sur le trajet du nerf.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE, *par* M. le docteur Requin, *médecin de l'Hôtel-Dieu-Annexe, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc., etc.* —2 vol. in-8°, prix : 16 fr., tome Ier. Paris, Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de Médecine, 17 ; 1843.

La médecine, et surtout la médecine française s'est enrichie, depuis un quart de siècle, de découvertes de la plus haute importance, et d'un nombre immense de faits recueillis sur presque toutes les maladies. Mais toutes ces acquisitions, qui ont changé complétement la face de l'art de guérir, se trouvent éparses, consignées çà et là dans les recueils scientifiques ou dans les monographies nombreuses que notre époque a vu naître.

Le médecin praticien, l'étudiant en médecine ne possédaient point jusqu'à présent de livre élémentaire qui résumât la science médicale contemporaine tout entière, ainsi que celle des âges antérieurs aux nôtres.

M. Requin a entrepris de combler cette grande lacune de la littérature médicale. Il a soin lui-même d'indiquer dès le commencement de son livre, que le but principal de son ouvrage est d'enseigner les éléments de la pathologie, telle qu'on la peut constituer

actuellement avec les matériaux de l'expérience antique et avec ceux de l'observation moderne.

Qui, plus que M. Requin, était en état de faire un pareil ouvrage? Clinicien habile, chef d'un grand service d'hôpital, homme d'études sérieuses, familiarisé avec la littérature médicale ancienne, professeur aguerri par maints brillants concours où il a fait preuve d'un savoir considérable, d'une grande aptitude à l'enseignement, écrivain facile et élégant, il se trouvait dans la position la plus favorable pour entreprendre un semblable travail.

Dans le premier volume qui vient de paraître, nous trouvons une première partie consacrée à l'exposition de la pathologie générale, qui n'occupe pas moins de 320 pages.

M. Requin définit la maladie dans un sens absolu: « Une modification quelconque contraire à l'ordre normal survenue dans la structure du corps, ou dans le jeu de ses fonctions. » La pathologie tout entière se résume sous cette notion sommaire, et d'après notre auteur elle comprend les objets suivants: 1° *la nosologie*, c'est-à-dire la nomenclature, la définition, le siége, les prodrômes, les symptômes, la marche, la convalescence, les lésions anatomiques, les complications, la classification et la nature intime des maladies; 2° *l'étiologie*, ou l'étude des causes qui produisent les faits pathologiques; 3° *la séméiotique*, ou la recherche des signes propres à constater telle ou telle espèce d'affection et son issue; 4° *la thérapeutique*, c'est-à-dire les règles relatives à l'application des moyens de préservation et de guérison.

Cette division de la pathologie ne sera pas approuvée par tout le monde; M. Requin a, comme il en convient lui-même, déterminé arbitrairement les attributions de la nosologie.

M. Requin a donné d'ailleurs à cette partie de son œuvre une physionomie inconnue aux autres traités de pathologie générale. Exposition facile et cependant concise, discussion nourrie et animée, style simple et cependant élégant; telles sont les qualités qui distinguent cette première partie. Aussi l'auteur a-t-il eu le rare bonheur de rajeunir par la forme un sujet dont le fond est bien vieux, et de donner de l'intérêt à des vulgarités scolastiques.

Après le traité de pathologie générale on arrive à la pathologie spéciale.

Dans une première section l'auteur étudie les maladies caractérisées par une altération de texture ou de sécrétion. Il les range en 13 catégories:

1° Vices de proportion du sang;
2° Hypérémies;
3° Hémorrhagies;
4° Inflammations;
5° Hypertrophies;
6° Atrophies;
7° Gangrènes;
8° Tuberculisations;
9° Cancers;
10° Hydropisies;
11° Flux;
12° Pneumatoses;
13° Vices organiques.

Les deux tiers du volume sont employés à l'histoire de la pléthore, de l'anémie, des hypérémies, des hémorrhagies et des inflammations. L'auteur d'abord consacre un chapitre de généralité à la description de chacune de ces classes de maladies, puis il étudie chacune de ces affections dans les organes où elles peuvent se développer. On y trouve un résumé succinct et cependant complet de toutes les connaissances que notre époque possède sur chacune de ces maladies. L'auteur ne se borne pas à enregistrer sans critique les faits et les opinions de ses devanciers; après en avoir fait une exposition exacte, il en discute la valeur avec une clarté et une justesse d'aperçus qui dénote l'observateur exact et le penseur judicieux. Nous ne terminerons pas cette courte analyse sans faire remarquer que, juste avec tout le monde, M. Requin n'introduit jamais la passion dans son livre. Homme consciencieux, il rend à César ce qui appartient à César, et cela avec la plus grande indépendance, en faisant taire les considérations de personnes. Pathologiste honnête, et cherchant avant tout la vérité, son œuvre n'est point entachée de ces déclamations furibondes, de ces oublis inconvenants, ou de ces larcins scientifiques silencieux, dont les médecins de notre temps et des siècles antérieurs au nôtre se sont rendus plus d'une fois coupables.

Tel est ce livre élémentaire de pathologie interne, qui nous paraît destiné à servir de guide sûr à l'étudiant et au praticien; l'un et l'autre liront avec le plus grand intérêt ce premier volume, dont le fond est aussi remarquable que la forme, qui ne le cède en rien aux meilleurs de nos ouvrages classiques.

TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE *et de pathologie iatrique ou médicale*, par M. Piorry, professeur à la faculté de médecine de Paris, etc., tome III. Paris, *J.-B. Baillière*. Prix : 8 francs.

Nous avons annoncé dans notre numéro de mars les deux premiers volumes de cet ouvrage, et nous nous sommes étendus sur les idées générales et sur la nomenclature nouvelle que M. Piorry y a consignées. Nous devons nous borner aujourd'hui à signaler la publication du troisième volume qui vient de paraître.

Ce volume renferme les *angiairopathies* ou les maladies des conduits de l'air, qui comprennent les différentes affections des fosses nasales, du larynx, des bronches, du poumon et de la plèvre.

Le troisième volume de la pathologie iatrique forme un traité complet des maladies des voies respiratoires.

Les travaux de l'illustre Laennec y sont rapportés d'une manière indépendante. On y trouve de plus les différentes recherches de M. Piorry, et celles de MM. Andral, Reynaud, Trousseau, Louis, etc.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 6 juin.)

M. Michel Lévy adresse une nouvelle lettre confirmative de la simultanéité et de la fréquence de la phthisie pulmonaire et des fièvres intermittentes à Strasbourg.

L'Académie procède à la nomination par scrutin d'une commission de onze membres chargés de décider dans quelle section aura lieu la nomination nouvelle; le scrutin a donné le résultat suivant:

MM. Duméril, Ferrus, Espiaud, Martin-Solon, Lagneau, Husson, Devilliers, Adelon, Huzard, Thillaye et Guibourt.

(Séance du 20 juin.)

L'Académie décide que l'élection prochaine sera faite dans la section de pathologie médicale.

Epidémies de suette miliaire.

Malgré les travaux nombreux publiés sur la fièvre éruptive, comme sous le nom de suette miliaire, il existe encore une infinité de points de l'histoire de cette maladie, qui exigent de nouvelles recherches. Ainsi les altérations, soit des solides, soit des fluides, qui appartiennent à cette affection, sont complétement inconnues. La même remarque s'applique en grande partie à l'étiologie de cette épidémie; son traitement est également l'objet des plus grandes incertitudes; les opinions les plus opposées ont été émises sur ce sujet.

Plusieurs médecins de localités, où a sévi la suette miliaire, ont envoyé à l'Académie des relations de cette épidémie. Le fait capital qui résulte du dépouillement de ces pièces, fait par M. Martin Solon, rapporteur, c'est que la suette, compliquée d'accidents ataxiques, revêtant une forme intermittente, a été combattue avec avantage par l'emploi du sulfate de quinine. Du reste, les faits consignés dans ces mémoires ne sont pas assez nombreux pour fixer d'une manière définitive l'heureuse influence de cette médication.

M. Martin-Solon, au nom de la commission des épidémies, pour stimuler le zèle des médecins qui ont à observer des maladies épidémiques, propose à l'Académie d'adopter le projet suivant:

1° Tous les ans, la commission des épidémies désignera les travaux qui lui seront parvenus et qui lui paraîtront mériter une distinction;

2° Elle fera un rapport sur ces travaux;

3° Elle donnera une médaille d'argent à l'auteur du meilleur travail.

Cette proposition est renvoyée au conseil d'administration.

De l'inoculation considérée comme base d'une doctrine sur les maladies syphilitiques.

M. de Castelnau commence par se poser les questions suivantes:

« 1° Peut-on fonder une doctrine rationnelle sur les maladies syphilitiques d'après les résultats de l'inoculation? »

« 2° Ces résultats sont-ils, en réalité, tels que le prétendent ceux qui ont fondé et qui soutiennent cette doctrine? »

« 3° L'inoculation peut-elle être appliquée aux besoins de la pratique sans inconvénients pour les malades? »

Abordant la première question, l'auteur trouve qu'en théorie il n'est pas rationnel de vouloir remplacer tous les signes tirés de l'histoire de la maladie, de ses symptômes actuels et consécutifs, par un procédé unique et artificiel d'observation, car souvent les effets de l'art sont fort différents de ceux de la nature; la variole inoculée, par exemple, ne ressemble point à la variole naturelle. En application, il est des faits qui prouvent que dans la syphilis en particulier, la pathologie naturelle diffère de la pathologie artificielle. Ainsi, d'après l'inoculation, le virus syphilitique devrait toujours ulcérer les surfaces tégumenteuses avant d'être absorbé, tandis que des observations incontestables prouvent que dans la contagion naturelle l'absorption peut se faire sans lésion locale primitive. L'auteur en cite deux cas, et l'on en trouve de semblables parfaitement authentiques dans l'ouvrage de M. Baumès. Ainsi, les tubercules plats et les ulcères consécutifs qui ne sont pas susceptibles de s'inoculer, sont cependant éminemment contagieux, et les faits qui le démontrent sont si nombreux et si authentiques qu'il est étonnant qu'on ait pu imaginer de les contester. L'auteur en rapporte un qu'il tient de M. Robert, et dans

lequel un jeune enfant, atteint d'ulcérations consécutives à la bouche, infecta en même temps sa grand'mère et sa tante qui prenaient soin de lui.

Quant à la seconde question, l'auteur trouve que les faits d'inoculation ne concordent pas tous. Par exemple, les partisans d'une moderne doctrine ne veulent pas que la blennorrhagie puisse s'inoculer, tandis que Hunter et l'auteur lui-même sont parvenus à produire la pustule chancreuse par l'introduction de la matière blennorrhagique; l'auteur ne pense pas que l'on puisse expliquer ces faits par la présence de chancres dans l'urètre. D'ailleurs, à l'hôpital du Midi, M. Puche a inoculé des balanites sans ulcération, et dans lesquelles, par conséquent, il était impossible d'objecter l'hypothèse en question. En résumé, donc, si l'inoculation pouvait servir de base à une doctrine, elle serait évidemment différente de celle professée généralement, puisque les faits sur lesquels elle est fondée sont erronnés.

Enfin, la dernière question doit être résolue par la négative. L'auteur cite à l'appui de son opinion trois faits, dont l'un se rapporte à un homme qui fut inoculé à l'hôpital du Midi; il y resta un an sans pouvoir guérir de son inoculation, qui prit des dimensions considérables. Quelque temps après il entra dans un autre hôpital, où, malgré divers traitements, l'ulcère continua à s'agrandir; il envahit la partie supérieure de la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen, et finalement le malade succomba à un érysipèle qui se manifesta autour de la plaie. Convaincu que de pareils événements peuvent se renouveler, et que, d'un autre côté, l'inoculation, à supposer qu'elle ait pu être utile à une certaine époque, est épuisée aujourd'hui, l'auteur donne pour conclusion finale que l'inoculation est une pratique inutile et dangereuse.

Une commission, composée de MM. Bousquet, Martin-Solon et Lagneau, est chargée d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à l'Académie.

(Séance du 26 juin.)

MM. Prus, Requin, Gibert, Monneret, Martinet, Nonat, J. Pelletan, Richelot et Dronsart écrivent pour annoncer leur candidature à la place vacante dans la section de pathologie interne.

De la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les bagnes.

M. Chassinat, médecin attaché au ministère de l'intérieur, adresse une lettre relative à la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les bagnes.

Sous le rapport des influences climatériques, les bagnes doivent être ainsi classés: Toulon, climat chaud et humide; Brest, climat froid et humide; Rochefort, tenant le milieu entre les deux autres, mais présentant comme phénomène particulier les influences des effluves marécageuses.

Les maladies aiguës ou chroniques des voies respiratoires suivent une proportion tout à fait en rapport avec ces influences climatériques. Ainsi à Brest, elles entrent pour 50 pour cent dans les maladies mortelles des forçats, à Rochefort pour 42 et demi, à Toulon pour 39.

Mais lorsqu'on examine la proportion pour laquelle entre la phthisie dans ces maladies des voies respiratoires, on voit qu'elle n'est pas en rapport exact avec elles. Ainsi la phthisie entre dans la mortalité générale, à Brest, dans les proportions suivantes: 1 sur 20; à Toulon, 1 sur 22; à Rochefort, 1 sur 35.

Il était curieux de rechercher pour quelles proportions entraient les fièvres intermittentes pernicieuses dans la mortalité générale pour les trois bagnes. M. Chassinat a trouvé qu'à Brest il n'y avait pas un seul cas de mort de fièvre intermittente pernicieuse; qu'à Toulon ces cas étaient fort rares; qu'à Rochefort, au contraire, ces cas étaient dans la proportion de 1 sur 3.

Si l'on remarque que la phthisie entre, à Rochefort, pour la plus petite proportion dans la mortalité générale, et que c'est dans ce bagne que les fièvres intermittentes pernicieuses sont les plus communes, on sera tenté d'admettre pour ce bagne la loi d'antagonisme formulée par M. Boudin entre la phthisie et les fièvres intermittentes.

Malgré toutes les conditions d'insalubrité en apparence du bagne de Brest, c'est là cependant que la mortalité générale est la moins élevée.

Théorie nouvelle et traitement nouveau de la dysenterie.

M. Fouquier, médecin de la marine, regarde la dysenterie comme une névrose, dont il place le siége dans les ganglions et les plexus du grand sympathique, et croit que les ulcérations intestinales ne sont qu'un résultat du contact des matières âcres contenues dans les intestins.

La médication qu'il propose est complexe, et se compose principalement des sédatifs et des médicaments dits substitutifs, comme l'azotate d'argent.

Mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et sur les effets toxiques de ce médicament; par M. Monneret.

Dans ce travail qui est fondé sur l'observation de 22 malades atteints de rhumatisme articulaire et de 10 autres sujets dont les affections étaient très diverses, l'auteur s'at-

tache à démontrer que le sulfate diminue toujours et fait souvent disparaître les douleurs rhumatismales, mais d'une manière momentanée; qu'elles reparaissent dès qu'on suspend l'usage du remède, et qu'en définitive le rhumatisme dure aussi longtemps que si on l'avait combattu par d'autres remèdes. La durée moyenne a été 21 jours, chez les sujets qui ont été guéris par le sulfate; mais il faut dire que chez tous ces malades, trois exceptés, le rhumatisme datait depuis quinze jours, un mois, et que d'autres circonstances de la maladie expliquent la rapidité de la guérison. Le sulfate paraît enlever les douleurs par la perturbation profonde qu'il imprime au système nerveux et en abolissant la sensibilité chez les malades, de telle sorte que ce serait, pour ainsi dire, à la manière de l'opium ou de l'alcool qu'agirait le médicament.

Les complications ont été très fréquentes, puisque onze fois sur vingt-deux cas il a existé de l'endocardite et de la péricardite. Lorsque le rhumatisme était localisé dans une jointure, le sulfate a toujours échoué, et bientôt paraissaient tous les signes de la tumeur blanche si on ne recourait pas à un traitement plus convenable.

M. Monneret prouve aussi, à l'aide de plusieurs expériences convaincantes, que le sulfate ne ralentit pas la circulation comme on l'a prétendu, et que si l'on observe cet effet qui est incontestable, il faut l'attribuer non pas à l'action directe du sulfate sur le système circulatoire, mais à l'heureuse influence qu'il a momentanément sur le rhumatisme et sur la douleur spécialement.

En étudiant ensuite les effets toxiques du médicament, l'auteur forme trois groupes des symptômes qui lui paraissent constituer un empoisonnement tout spécial distinct de tous les autres. Dans la première catégorie se rangent les troubles nerveux tels que les vertiges, la paracousie, l'amaurose, les troubles de la vue, l'ivresse et la stupidité quinique; il place dans la seconde catégorie les symptômes de l'irritation gastro-intestinale dont il rapporte six observations; enfin un troisième ordre de symptômes se composent de ceux qui produisent un état général que M. Monneret appelle état typhique et qu'il rattache à un empoisonnement général causé par l'altération du sang. Il étudie dans les plus grands détails ces trois ordres de symptômes et particulièrement ceux des deux dernières classes qui n'ont pas été encore signalés par les observateurs. Les conclusions sont peu favorables au sulfate de quinine.

La lecture de ce mémoire, bien pensé et bien écrit, a produit une impression très favorable sur l'assemblée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 5 juin.)

Conservation des matières animales.

M. le docteur Dussourd adresse un mémoire sur la conservation des matières animales par le sirop ferreux. Ce sirop est une combinaison de sucre et de fer, qui ne s'altère, ne cristallise et ne fermente pas, quelle que soit la température à laquelle on l'expose. Il conserve les matières animales sans altérer leur tissu. Les viandes, en sortant du sirop, sèchent sans diminuer beaucoup de volume, résistent sans se gâter aux agents les plus actifs de la putréfaction, reprennent en un instant dans l'eau froide le volume, la couleur et l'odeur de celles des boucheries, et servent à faire des mets agréables et sains.

VARIÉTÉS.

Notre estimable et laborieux confrère, H. Morizot, qui, il y a deux mois à peine, publiait dans nos colonnes un intéressant mémoire sur le psoïtis, d'après les leçons de M. le professeur Fouquier, vient de succomber à l'âge de 31 ans, atteint d'une affection cérébrale dont rien n'a pu conjurer la funeste issue.

Cette mort, si affligeante à plus d'un titre, nous prive de l'organe intelligent que M. Fouquier s'était choisi pour confier au *Journal de médecine*, dont il a bien voulu accepter le patronage, les observations les plus importantes de son service clinique et les saines idées de médecine pratique qu'il expose chaque jour dans ses leçons, à l'hôpital de la Charité. M. Morizot devait prochainement remplir, près de l'honorable professeur, les fonctions de chef de clinique. Un autre, sans doute, sera chargé de transmettre à nos lecteurs l'expérience du maître. Aussi, n'est-ce pas tant le collaborateur que nous regrettons en ce moment que l'homme de bien et le médecin distingué.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue du Cherche-Midi, n° 42.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES**;

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

AOUT 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'emploi de la noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy; *par* M. TROUSSEAU, *professeur de thérapeutique à l'École de Médecine de Paris.* (Troisième et dernier article.)

Jusqu'ici je n'ai rapporté que des cas dans lesquels la noix vomique avait réussi complétement, ou, tout au moins avait apporté un très notable soulagement; il convient maintenant de faire connaître les insuccès et d'en discuter la valeur.

Xe OBSERVATION.—*Deuxième attaque de chorée.—Accidents très violents.—Emploi de la noix vomique, amélioration considérable, état stationnaire.—Non-guérison.*

M. le docteur ..... de Versailles me fit l'honneur de me demander des conseils pour sa fille.—Cette jeune personne, âgée de 14 ans, était arrivée à l'époque de la puberté. Déjà elle avait eu une attaque de chorée qui avait été fort grave et qui n'avait cédé que très difficilement. Depuis plusieurs mois, à la suite de bains froids, pris peut-être trop longtemps et trop souvent, la chorée reparut avec une violence extraordinaire.

Les mouvements furent bientôt tellement désordonnés que la jeune malade ne put ni toucher du piano, ni écrire, ni marcher, ni même manger. En même temps un des côtés du corps était notablement affaibli. L'intelligence naturellement très élevée, et qui d'ailleurs avait été fortifiée par une excellente éducation, était évidemment moindre.

Déjà depuis plus de 2 mois divers traitements antiphlogistiques et antispasmodiques avaient été employés, et les accidents, loin de diminuer, semblaient au contraire s'aggraver. C'est sur ces entrefaites que nous commençâmes l'usage de la noix vomique. Il est vrai de dire que, après quinze jours de traitement, mademoiselle ..... put toucher un peu du piano, marcher, manger seule; mais elle ne pouvait encore écrire, et, en continuant assez longtemps, nous ne vîmes pas se réaliser les espérances qu'une aussi rapide amélioration nous avait fait tout d'abord concevoir.

Disons que d'autres remèdes furent encore moins efficaces, puisqu'ils ont laissé pendant plus d'un an la malade au point où l'avait amenée la noix vomique; mais enfin il fallut se résoudre à attendre du temps ce qu'on ne savait pas obtenir de la médecine: il faut donc mettre ce cas au nombre de ceux où la noix vomique n'a pas guéri.

XI° Observation.—*Chorée extrêmement violente.—Noix vomique pendant deux jours.—Aggravation des accidents.—Morphine à haute dose; guérison rapide.*

Marie-Thérèse Norget, âgée de 28 ans, fille de cabaret, dans une cantine de régiment, et enceinte de 6 mois, fut prise, au mois de septembre 1842, d'une chorée qui prit, en peu de jours, une intensité considérable. Quand nous vîmes la malade le 21 septembre 1842, elle n'était atteinte que depuis huit jours.

Le désordre était extraordinaire, cette femme riait, s'agitait en tout sens, se retournait dans son lit par des mouvements subits et tout à fait inattendus; la tête se remuait dans tous les sens, et la loquacité était incessante; c'était un flux incroyable de paroles désordonnées. Un peu de paralysie à droite, sensibilité conservée.

La malade était incapable de manger seule, et lorsqu'on lui donnait des aliments, elle pouvait à peine les mâcher et les avaler.—10 centigrammes d'extrait alcooliques de noix vomique.

Le lendemain les mouvements sont plus désordonnés que la veille, d'ailleurs même état.—30 centigrammes de noix vomique.

Je prescrivais cette dose assez considérable afin de n'être pas gagné de vitesse; la chorée me semblait en effet tellement violente que je tenais à arriver vite. Mais je fus trompé dans mon attente: je produisis bien avec le médicament des effets tétaniques; mais la chorée prit une intensité que je n'avais encore jamais vue; tous les membres du corps étaient agités de mouvements si singuliers, si brusques, si énergiques, qu'ils semblaient animés chacun par une volonté bizarre, puissante et indépendante, la langue et les lèvres étaient coupées par les dents, une camisole de force, une paire de draps avaient été complétement usés pendant la nuit; l'épiderme était enlevé partout où les parties éprouvaient des frottements; la peau, le tissu cellulaire, étaient rouges, tuméfiés et horriblement douloureux; un fièvre véhémente s'était allumée, et il me paraissait évident que, si les mouvements duraient ainsi pendant 48 heures, les os des articulations seraient mis à nu.

Je cessai immédiatement la noix vomique et je commençai l'opium à haute dose. Je prescrivis une potion avec 20 centigrammes de sulfate de morphine, et je recommandai de la donner par portions jusqu'à ce qu'il y eût un peu de calme et de sommeil, sauf à la reprendre plus tard si l'agitation revenait. Il y eut à peu près dix heures de calme et de sommeil; mais, dès que l'effet du médicament a cessé, l'agitation reparaît avec presque autant de violence que la veille.—60 centigrammes de sulfate de morphine sont donnés deux jours de suite, et, après trois jours, les mouvements choréiques ont presque complétement disparu; l'intelligence est nette, la paralysie n'existe plus, la malade peut boire seule et porter à sa bouche plusieurs cuillerées de potage; mais il reste toujours des excoriations fort douloureuses. Les deux jours suivants, on ne prescrivit que 30 centigrammes de morphine; mais les mouvements choréiques ayant reparu, quoique très faibles, puisque la malade se levait, se promenait et mangeait avec facilité, on fut obligé de donner de plus fortes doses de sulfate de morphine; et, l'économie s'y habituant, nous fûmes forcé, pour obtenir du sommeil et un calme complet, d'élever la dose du sel narcotique jusqu'à 1 gramme 50 centigrammes par 24 heures, c'est-à-dire jusqu'à près de 30 grains.

Cependant nous pûmes diminuer bientôt ces énormes doses, et, le 14 octobre, 23 jours après son entrée à l'hôpital, la malade put dormir sans morphine, et, quatre jours après, elle voulut sortir pour reprendre ses occupations. Elle avait encore quelques légers mouvements choréiques.

Réflexions.—On peut se demander, si, dans une chorée aiguë, et trop près du début,

l'emploi de la noix vomique n'a pas été nuisible, et si les désordres effrayants qui se sont manifestés n'ont pas été causés par l'usage prématuré du médicament.

Ma réponse ici sera négative : cette chorée marchait depuis huit jours, avec une intensité croissante ; la noix vomique ne l'a pas enrayée, c'est tout ce que l'on peut dire. Grâce à l'opium donné à des doses énormes, nous avons arraché la malade à une mort certaine ; car, la chorée, lorsqu'elle prend ces formes insolites et violentes, est une maladie presque invariablement fatale, et, chaque année, dans les hôpitaux d'enfants, on voit mourir des jeunes filles chez lesquelles la danse de Saint-Guy prend, tout à coup et sans cause connue, un développement symptomatique effrayant. Les deux faits que je vais rapporter en sont la triste preuve ; ils ont été recueillis, l'un, dans le service de M. le docteur Blache, à l'hôpital Cochin, par M. Tardieu ; l'autre a été observé par moi, dans mon service de l'hôpital Necker. Ces deux observations semblent calquées l'une sur l'autre, et, si je les rapporte ici, c'est que ma jeune malade ayant pris de la noix vomique on pourrait être tenté d'attribuer l'aggravation des accidents à l'usage du médicament, tandis que la malade observée par M. le docteur Tardieu a présenté exactement les mêmes phénomènes bien qu'elle n'ait été traitée que par les antiphlogistiques et les calmants.

XIIe Observation.—*Chorée aiguë, arrivant au neuvième jour à une intensité effrayante.—Un peu de rémission.—Retour des accidents.—Mort.* (Service de M. Blache, recueillie par M. Tardieu.)

Dans la soirée du 21 janvier 1840, on amena à l'hôpital Cochin la nommée Louise Lenfant, âgée de 15 ans 1/2, ouvrière ; cette jeune fille, déjà bien formée, est petite, assez grosse, brune, d'une assez jolie figure, les yeux sont cernés et les cils très longs. Elle est dans une pension où elle est très bien soignée, couchée dans un dortoir bien aéré et seule dans son lit. Jamais elle n'a fait de grandes maladies, elle n'a pas de maux de tête habituels, n'a jamais eu de fièvre cérébrale.

Elle a été réglée pour la première fois le 8 mars 1839, depuis cette époque les menstrues n'ont reparu que deux fois, et la dernière (dimanche, 12 janvier 1840) elles ont très peu coulé. On n'a jamais remarqué qu'elle eût de mauvaises habitudes, et l'on se louait généralement de son aptitude et de sa vivacité ; mais, pendant la semaine qui vient de s'écouler, on observa quelques changements dans son humeur et en même temps une grande inégalité dans son travail Néanmoins elle marchait encore très bien et ses doigts seuls paraissaient avoir perdu de leur dextérité.

Dans la matinée du samedi 18, elle se trouva étourdie et fut prise de vomissements, ce qui lui arrivait quelquefois. Bientôt sa volonté devint impuissante à régulariser ses mouvements, et les sœurs qui dirigent l'établissement auquel elle appartient, ayant facilement reconnu la chorée, affection qui n'est pas très rare chez leurs jeunes élèves et devient bien vite, pour celles-ci, un sujet de peur ou de moquerie, se décidèrent à l'amener dans le service de M. Blache, le mardi 21 janvier.

Les symptômes de la maladie sont déjà bien dessinés et présentent l'ensemble suivant :

La jeune malade se rend parfaitement compte de ses mouvements, mais elle ne peut les coordonner. Quand elle marche, elle sent la jambe s'éloigner de la direction qu'elle veut suivre. Elle tire la langue aisément, mais la retire presque aussitôt. La face est le siége des mouvements les plus variés. Ses paupières s'abaissent et se relèvent, ses yeux tournent dans leur orbite et donnent à la physionomie les expressions les plus singulières et les plus capricieuses. Sa bouche est aussi très mobile et elle se mord les lèvres en les déviant alternativement de chaque côté.

En général elle se décide lentement à répondre quoique sa pensée saisisse très bien la question et la manière dont elle doit la résoudre. Sa parole est lente et impatiente.—Elle s'effraie aisément, mais elle ne se rappelle pas qu'une frayeur plus qu'autre chose puisse rendre compte de la cessation de l'hémorrhagie menstruelle.—Elle n'a qu'une soif médiocre et éprouve davantage le besoin de manger. Elle dit qu'elle ne sait trop à quoi elle pense, la sensibilité générale est tout à fait normale. En explorant avec soin la colonne spinale, on n'y rencontre aucun point douloureux.

Dans le but d'analyser autant que possible ses mouvements, je lui dis de croiser les bras ; elle le fait assez bien, mais ses mains se portent bien vite à la tête et sur ses yeux qu'elle

cache et découvre brusquement. Des deux côtés l'action est aussi rapide et désordonnée, peut-être pourtant le bras gauche se porte-t-il un peu plus vite à la face.—Plaçant ensuite dans mes mains ses bras abandonnés à eux-mêmes dans la supination, je les vois présenter d'abord des mouvements brusques et intermittents de pronation, puis les mains se fléchissent et les doigts s'agitent précipitamment, imitant le jeu d'un pianiste.—Tilleul orangé.—10 sangsues à l'anus, lavement purgatif.

Janvier 23. Même état que la veille; le matin, l'agitation est extrême, les mouvements ne paraissent pas avoir été interrompus durant la nuit, et, au dire de sa voisine, ils étaient assez forts pour ébranler le lit. Il est d'ailleurs assez difficile d'établir si elle a dormi, quoi qu'elle en dise.—Elle est pendant le jour très impatientée de sa mobilité, et elle ressent de la fatigue, surtout dans les muscles de la face.

24. Même état.—Aucune douleur, insomnie complète.—Tilleul orangé.—Bains sulfureux d'une heure, à 27° R.

25. Trouble excessif auquel participent tous les muscles.—Bains sulfureux suivi de quelques heures de calme, après lesquels les mouvements choréiques reparaissent encore plus violents et comme marqués de paroxysmes. La nuit se passe sans sommeil.

26. La malade est très fatiguée, la journée est encore plus mauvaise que la précédente.

Lavement avec infusion de valériane........... 125 grammes.
Jaune d'œuf........................ n° 1.
Assa fœtida......................... 4 grammes.

Lotions froides répétées sur tout le corps.

Le soir, au milieu du désordre le plus grand on administre une potion additionnée de camphre et de musc qui n'empêche pas les symptômes de s'accroître.

27. La jeune Louise a dormi depuis minuit jusqu'à une heure; pendant ce temps elle ne remuait pas, mais elle a eu une espèce de delire où elle parlait très vivement de ses compagnes; le reste de la nuit s'est passé dans une agitation extrême. Elle demande à manger de la bouillie et après qu'elle en a pris quelques cuillerées, chaque fois elle a quelques instants de rémission. On ne peut la faire boire, et quand elle est parvenue elle-même après mille détours à porter le verre à sa bouche, le liquide tombe dans l'œsophage sans qu'il y ait de mouvement de déglutition.

Ce matin, le tableau que nous offre cette pauvre enfant est vraiment effrayant. Les bras sont convulsés, tout le corps en proie à des mouvements continuels *est meurtri et excorié*. Des sons plaintifs s'échappent de la poitrine, quoiqu'elle affirme ne souffrir nulle part, et se plaigne seulement d'une fatigue excessive; elle dit qu'elle étouffe et boit avidement. Les mouvements les plus désordonnés, l'agitation la plus affreuse caractérisent cet état que rien jusqu'ici n'a pu soulager.

Son confesseur qu'elle a demandé fixe aisément son attention, sans calmer le désordre musculaire. Elle reste une heure dans un bain à 24°, pendant lequel on lui fait à trois reprises une arrosion d'eau froide. A chaque fois on observe une rémission très courte et peu durable. On la recouche en lui mettant la camisole de force. Aucun soulagement. Cinq heures plus tard, à 3 heures 1/2 *bain froid par surprise*. Nous la saisissons par la tête et par les pieds et la plongeons brusquement au fond de la baignoire d'où nous la retirons immédiatement pour l'y replonger presque aussitôt, répétant cette manœuvre six fois de suite. Rémission non durable; à six heures du soir je fais appliquer 20 *sangsues en haut et en dedans des cuisses*. Dès qu'elles commencent à couler le calme se rétablit et la nuit ne se passe pas sans sommeil.

28. Le mieux est sensible ce matin quoique encore peu considérable, la peau des bras est complétement enlevée à chaque coude. La journée est encore assez agitée, moins cependant qu'hier, il y a eu quelques instants très courts d'un sommeil calme, mais léger et fugace. A 5 heures du soir *affusion de trois seaux d'eau froide sur le corps placé dans une baignoire vide*. Cette opération, qui saisit la malade de la manière la plus violente et la plus pénible, est suivie de quelque repos; il est très remarquable de voir quand la malade veut exécuter quelque mouvement régulier, celui de boire par exemple, combien la volonté a de peine à surmonter l'agitation choréique pour coordonner les contractions nécessaires à l'acte qu'elle doit accomplir. Emulsion d'amandes, sirop de guimauve.—Potion diacodée le soir.

29. L'amélioration se soutient. Il y a eu un peu de sommeil la nuit.—*Une affusion d'eau froide vers le milieu de la journée.*—Le soir la malade est plus calme, elle est seulement incommodée par une angine assez forte.—Même traitement qu'hier.

30. Etat stationnaire. Affusion d'eau froide.—Potion avec émulsion camphrée, 300 grammes

et tartre stibié 25 centigrammes, à prendre par cuillerées d'heure en heure.—Calme durable, la malade est très bien le soir, la potion a été supportée sans évacuation.

31. Il reste encore quelques mouvements irréguliers et un grand mal de gorge. Il y a de l'enrouement, de la courbature. On laisse l'enfant se reposer.

1er février. Un peu de fièvre, 100 pulsations, angine, constipation, mouvements peu considérables.—Lavement laxatif.

2. Mal de gorge persistant malgré des évacuations abondantes.

3. L'amélioration ne gagne pas sensiblement; la peau est excoriée et saignante.—Bain ordinaire.—Julep diacodé.—Pendant le bain la malade est fort agitée et on l'y maintient avec peine.

4. La nuit a été mauvaise et agitée par un peu de délire. Les mouvements sont toujours aussi irréguliers; s'ils ne sont pas plus violents qu'hier et avant-hier, ils ne le sont pas moins. —16 sangsues aux cuisses, sirop de groseilles.—Julep diacodé.

5. Les sangsues ont coulé abondamment sans amener un changement notable, la malade pousse maintenant des vociférations mêlées quelquefois la nuit d'un peu de délire. Le trouble de la myotilité persiste.—Pas de fièvre.

6. Même état.—Potion avec 20 centigrammes de tartre stibié, suivie de deux vomissements peu abondants, avec selles copieuses. La peau est assouplie et chaude.

7. Un peu de calme, la face est meilleure.—Julep diacodé.

8. Même état. Mouvements surtout dans la face et dans les yeux. Potion avec 25 centigrammes de tartre stibié. Pas de selles. Deux vomissements.

9. Pas de changement.

10. Les symptômes se sont tout à coup exaspérés de la manière la plus fâcheuse. L'agitation a été extrême pendant toute la nuit. Ce matin elle pousse des cris et des gémissements qui attesteraient une douleur qu'elle n'accuse pourtant nulle part. 4 pilules de 12 milligrammes d'extrait de belladone, chacune.—Dans la journée, grincements des dents, rugissements, véritable fureur. Le soir potion avec un décigramme de musc. La nuit se passe moins mal que le jour.

11. Un peu de calme le matin, malgré des contractions très violentes de la face. Bientôt l'agitation augmente, les traits sont convulsés, les cris deviennent furieux. A 5 heures du soir la malade qui n'a encore pris que trois de ses pilules de belladone est dans un état de fureur qui dure toute la nuit. Le pouls est assez fort. *L'intelligence parfaitement saine.* Potion musquée le soir.

12. Ce matin, prostration, abattement complet. La face est plombée, les traits décomposés, les yeux fixes, la pauvre enfant ne peut se soulever, ni rester sur son séant. Quelques mouvements peu marqués s'observent dans la face et dans les mains. Râle trachéal très fort, les poumons sont le siége d'un engouement considérable; on entend du râle sous-crépitant. Pouls assez vif et non encore très déprimé, peau encore chaude, l'intelligence est complète; les réponses très saines, la langue est assez humide, la déglutition facile, la soif très vive. En face d'un état aussi terrible survenu si rapidement à la suite d'une brusque recrudescence du mal, il est bien difficile de s'abuser. Cependant l'action persistante des grandes fonctions permet d'essayer une révulsion énergique.—Large vésicatoire au devant de la poitrine.—Sinapismes promenés sur les extrémités inférieures.—Potion avec kermès, 10 centigrammes.

L'excitation vive produite par cette médication ranime un peu cette vie prête à s'éteindre, mais cette action est impuissante et la jeune malade succombe à midi.

Autopsie faite 44 heures après la mort.—Température, 7°.

Cavité crânienne.—Les membranes sont très injectées et adhérentes dans toute l'étendue du cerveau; les veines de la pie-mère sont gorgées de sang noir.—Vers l'insula il y a une suffusion sanguine très prononcée.—En enlevant la pie-mère, quoiqu'elle soit assez adhérente, on n'enlève aucune partie de la substance cérébrale. Les circonvolutions paraissent un peu affaissées et l'on remarque une teinte rosée de la substance corticale qui se développe plus encore au contact de l'air.

La moelle et ses enveloppes examinées avec le plus grand soin, l'attention la plus minutieuse, ne présentent pas la moindre altération.

Cavité thoracique.—Le poumon gauche en arrière, et tout à fait à la base du lobe postérieur, est le siége d'une congestion considérable. En un point très circonscrit, il y a un premier degré de pneumonie. Une petite portion du tissu malade, jetée dans l'eau, va sur-le-champ au fond du liquide.

Les deux cavités du cœur sont gorgées d'un sang demi-coagulé.

Organes génitaux.—Cette jeune fille a succombé à l'époque de ses règles qui avaient déjà paru 2 fois.

La membrane hymen existe et présente une ouverture assez régulièrement circulaire de 4 à 5 millimètres, l'orifice de l'utérus est dirigé transversalement, la cavité du col est tout à fait blanche; la face postérieure de la cavité du corps est d'un brun rougeâtre, le tissu de cette paroi postérieure est hypérémié et rouge par le sang qui l'infiltre.

L'ovaire gauche présente à sa surface externe la trace d'une petite ulcération; à l'intérieur les vésicules sont placées à différentes hauteurs; une surtout est presque à la superficie.

XIII[e] Observation.—*Jeune fille de seize ans.—Aménorrhée.—Chorée durant depuis un mois. Strychnine. — Guérison presque complète après quatre jours de traitement.—Retour des accidents après une vive frayeur.—Reprise de la strychnine.—Augmentation de la chorée. —Opium à haute dose.—Mort.*

Marie Mercier, âgée de 16 ans et lingère, a été réglée à 14 ans 1/2. Il y a huit mois que les règles se supprimèrent subitement à la suite de l'impression du froid. Depuis cette époque, la santé fut toujours dérangée; mais, vers les premiers jours de décembre 1842, la jeune malade fut prise subitement, et sans cause connue, d'un embarras dans la langue et d'une grande agitation dans les mâchoires. Presque en même temps le côté gauche commença a être agité de mouvements choréiques, appréciables surtout dans les doigts et dans les orteils: huit jours plus tard le côté droit se prit à son tour, quoique avec moins de violence que le côté gauche. L'ouïe devint un peu dure surtout à gauche, il y eut de la diplopie, et l'œil gauche devint notablement plus faible.

La parole est très difficile, ainsi que la déglutition; à chaque instant la langue vient se placer sous les dents qui la déchirent.

La mémoire est notablement diminuée; l'intelligence est nette, le côté gauche est évidemment paralysé. Bon état d'ailleurs.

Traitement.—1 bain, 3 pilules d'un centigramme de strychnine; 3 portions.

12 janvier. Depuis 3 jours, cette jeune malade prend 3 centigrammes de strychnine en 3 pilules qui n'ont produit rien de notable, si ce n'est quelques roideurs dans le côté paralysé, et quelque peu de dévoiement. Hier elle a pris quatre centigrammes de strychnine; après l'administration de la seconde dose, et bien que nous ayons lieu de croire qu'il n'a point été commis d'erreur à la pharmacie, la malade fut prise de roideurs tétaniques qui durèrent plus d'une heure, et qui la firent beaucoup souffrir. Ce matin, elle est brisée comme à la suite d'une longue fatigue, mais les mouvements choréiques sont considérablement amendés, c'est à peine si l'on saisit quelques mouvements dans le côté gauche, qui était si fortement agité. Cependant la face et la mâchoire ne sont pas encore en repos, la difficulté de parler est toujours la même.

Nous ne prescrivons que trois pilules.

13 janvier, cinquième jour du traitement. La chorée a tellement diminué que nous ne voyons aucun mouvement convulsif dans les membres, pendant tout le temps que nous demeurons auprès du lit de la malade. Chose remarquable, depuis le jour que la strychnine a produit des mouvements tétaniques, le trouble de la vue et la diplopie ont entièrement disparu.

15 janvier, septième jour du traitement.—La malade peut coudre devant nous, elle peut porter sans le renverser un pot et un verre rempli d'eau; toutefois, quand l'attention de cette jeune fille n'est pas fixée, elle éprouve encore quelque peu d'agitation.

18 janvier, neuvième jour du traitement.—Notre jeune malade, non-seulement peut coudre, mais elle peut marquer du linge; ce matin, avant la visite, elle a essayé de sauter à la corde, et elle l'a fait avec justesse et facilité. Le surlendemain, nous supprimons la strychnine, la guérison nous semblant assurée.

C'était là, certes, un succès bien remarquable: en peu de jours une chorée des plus graves cédait à l'administration du médicament, le mal avait décru avec rapidité, l'intégrité des fonctions était parfaite, et nous étions loin de prévoir le triste dénoûment qui allait arriver.

Le 23 janvier, nous trouvâmes notre jeune fille agitée de nouveau de mouvements choréiques, lesquels étaient survenus immédiatement après une grande frayeur qu'elle avait éprouvée, en voyant mourir une femme dans le lit placé à côté du sien; l'agitation pourtant s'était notablement calmée à la fin de la nuit. Nous jugeâmes que la strychnine avait été trop tôt abandonnée et l'usage en fut repris. La chorée disparut encore avec plus de facilité et plus de rapidité que la première fois.

27 janvier. Tout allait bien encore, lorsque la jeune malade reçut de l'extérieur une lettre, qui l'agita vivement à la suite de quoi elle fut reprise d'un accès de chorée plus violent qu'il n'avait encore été. Les 4 jours suivants, l'agitation augmenta considérablement sans que cette fois la strychnine pût en rien la modifier. Nous crûmes alors devoir abandonner ce médicament, et c'est un reproche que nous nous faisons aujourd'hui. Nous aurions dû persister, encouragés par l'heureuse issue que la médication avait eue déjà deux fois; mais nous avions présente à l'esprit l'histoire de la fille Norget (XI[e] Observation), et l'opium nous avait alors rendu un si grand service, que nous n'hésitâmes pas à le préférer à la noix vomique. Nous prescrivons donc 20 centigrammes de sulfate de morphine dissous dans 60 grammes de sirop simple, à prendre par petites doses jusqu'à ce que le calme et le sommeil commencent à s'établir.

Le 2 février, second jour de ce traitement, l'agitation augmentait d'une manière très notable. Il n'y a pas eu un instant de sommeil ni de calme. Les mouvements sont tels qu'une paire de draps a été usée dans la journée et dans la nuit, 40 centigrammes de morphine.

Troisième jour du traitement. Aucun amendement, 60 centigrammes de morphine.

Quatrième jour du traitement. L'agitation augmentait. La peau du coude, des bras, du poignet, est excoriée, rouge, tuméfiée, et toutes les autres parties du corps qui frottent plus spécialement sur les draps, commencent à rougir, et sont près de se déchirer. Toutefois, la morphine avait produit 2 heures de sommeil pendant lesquels il n'y avait pas eu le plus léger mouvement choréique. Encouragé par ce dernier résultat, nous prescrivîmes un gramme de sel narcotique, mais; dans la journée, les accidents deviennent effrayants, les bras, agités de mouvements désordonnés, tout meurtris, tout sanglants, gonflés comme s'ils étaient le siége d'un érysipèle phlegmoneux, vont se heurter avec une violence horrible contre les montants en fer du lit. Tout à coup le tronc se renverse en arrière et le corps forme un arc à convexité antérieure, puis tout à coup survient un redressement subit dans le sens opposé de manière à produire ce qu'on appelle vulgairement des *sauts de carpe*. La tête n'était pas moins violemment agitée : quand on voulait faire boire la malade, celle-ci, dont la soif était extrêmement vive, se précipitait sur la tasse ou sur la cuiller ; mais incapable de diriger ses mouvements, elle allait frapper les objets qu'on lui présentait avec le front, les yeux, le nez, et surtout les lèvres qui étaient contuses, coupées, saignantes. La langue était toute mutilée par les dents. L'interne de service crut devoir donner un bain sulfureux et une affusion froide, et une plus forte dose de morphine. Quatre hommes vigoureux durent contenir la malade dans le bain, et ils n'y purent parvenir.

Cinquième jour de traitement. Il y a eu un peu de sommeil après l'administration du bain et de la morphine, mais l'agitation est, s'il est possible, encore plus grande que la veille. Toute la peau du corps est usée, rouge, brûlante, excoriée, surtout le dos, les coudes, la partie postérieure des bras, les genoux, les mollets, les talons. Dans l'espace d'une seule journée, les frottements exercés par les diverses parties du corps ont complétement usé et mis hors de service une paire de draps de bonne et forte toile.—Deux grammes de morphine, bain sulfureux, affusion froide.

Sixième jour du traitement. Comme l'agitation restait toujours la même, et que la vie nous paraissait incompatible avec de semblables désordres, nous cessons la morphine et recourons aux moyens antispasmodiques, et à neuf heures du soir, un calme de mauvais présage succéda tout à coup à l'exaltation nerveuse qui nous avait tant épouvanté.

La pauvre jeune fille, qui, pendant toute la durée de ce triste drame, n'avait jamais eu de délire, rendait compte maintenant des sensations nouvelles qu'elle éprouvait. Elle se sentait accablée, et s'écriait à chaque instant : mon Dieu j'étouffe !

Il y avait un râle muqueux abondant dans la poitrine, la face était pâle, la peau chaude, le pouls large et médiocrement fréquent. Vers onze heures du soir, la malade tomba dans le carus le plus profond, et le lendemain matin au moment de la visite, comme nous lui soulevions la tête, pour faciliter la respiration, elle expira subitement.

L'autopsie fut faite le lendemain matin. On retrouva encore sur tout le corps la trace des nombreuses excoriations, dont la peau avait été le siége.

Le tissu cellulaire était fortement congestionné, là où l'enflure avait été la plus forte. Au talon gauche, au coude droit, se trouvent des escharres, la peau du cou est couverte de déchirures faites avec les ongles.

Encéphale ; au cerveau on ne trouve qu'une légère congestion des vaisseaux de la pie-mère, avec engorgement des sinus. Pas de sérosité dans les ventricules, presque pas de liquide encéphalo-rachidien ; les membranes sont saines, toutes les parties de l'encéphale, examinées avec le plus grand scrupule, ne présentent rien d'anomal. La dissection la plus attentive de

la moelle ne nous apprend non plus rien sur les causes organiques de la maladie nerveuse dont notre malade a été la victime.

Appareil respiratoire ; un peu d'engouement à la partie postérieure des poumons. Notable quantité d'écume dans les bronches.

Appareil génital ; le pénil est couvert de poils, les parties génitales externes ne sont pas déformées. La membrane hymen existe encore.

J'ai voulu rapporter simplement et avec bonne foi ces différents faits, les livrant à l'examen de mes confrères, comme je les ai soumis à mon examen personnel. Après y avoir moi-même mûrement réfléchi, il m'a paru évident que, presque toujours, l'usage de la noix vomique amenait rapidement la guérison de la maladie. Toutes les fois que je l'ai essayée j'ai ou guéri temporairement la maladie, ou tout au moins amendé considérablement les symptômes Une seule fois, dans une chorée aiguë très grave, les accidents ont augmenté pendant les 2 jours que j'ai donné la noix vomique ; et, dans le fait même qui s'est si tristement terminé par la mort, et que j'ai rapporté à la fin de ce travail, la chorée a véritablement été guérie au bout de quelques jours. La récidive est survenue lorsque j'avais déjà cessé l'usage de la strychnine, et sous l'influence d'une cause morale.

Mais enfin ma jeune malade est morte ; elle est morte après avoir semblé être guérie par la strychnine, et j'avoue que j'ai cru d'abord que le médicament n'avait pas été étranger à la terrible excitation nerveuse qui avait été observée ; mais le fait recueilli par M. Tardieu et rapporté dans ce travail est tellement semblable au mien que j'ai dû ne plus imputer des accidents en quelque sorte identiques à deux médications si essentiellement différentes.

La chorée est, ainsi que je l'ai dit plus haut, une maladie plus souvent mortelle qu'on ne le croit communément. De sorte qu'il ne faut pas imputer légèrement à une médication quelconque une mort qui survient quelquefois par les progrès seuls d'une maladie ordinairement assez bénigne.

Quelques considérations générales sur certaines formes de névralgies, *et notamment sur la nécessité de mieux étudier les rapports des différentes névralgies entre elles*, par le docteur **H. Thirial.**

S'il est vrai que, depuis Chaussier, l'histoire naturelle des névralgies ait fait quelques progrès, il n'est pas moins certain que l'histoire de ces maladies, considérées du point de vue de la pathologie générale, est restée à peu près stationnaire, et que même, relativement aux époques médicales antérieures, elle a fait plus d'un pas rétrograde. En preuve de cette assertion, je puis présenter les travaux qui ont été le plus récemment publiés sur cette matière, et entre autres l'article *Névralgies, du Dictionnaire de médecine*, en 24 volumes (2e édition) et le traité de M. Valleix sur le même sujet.

Parmi les points les plus culminants de cette histoire un peu largement comprise, je place en première ligne le rapprochement des différentes formes de névralgies les unes avec les autres, l'étude des affinités naturelles qui unissent les affections douloureuses des différents cordons nerveux se ramifiant à la surface du corps, aux affections correspondantes, soit des branches soit des expansions nerveuses qui se distribuent aux organes internes ; en un mot, les rapports des névralgies proprement dites avec les viscéralgies.

Eh bien ! consultez ces travaux, lisez ces articles et ces traités, et vous serez étonnés de trouver que cette question, malgré son importance théorique et son intérêt pratique, a été, je ne dirai pas non résolue, mais plutôt mal étudiée, et souvent même à peine mentionnée.

Quand, par une sorte de concession forcée, on aura admis, en passant, la possibilité ou même la vraisemblance de ces rapports si étroits, de ces affinités si incontestables, on se croira quitte envers son sujet, car on se sera mis à l'abri du reproche d'omission ou

d'ignorance. Comme d'ailleurs on aura déclaré que l'*induction seule a pu faire émettre certaines opinions à ce sujet,* et qu'on se persuade aisément qu'ici l'*observation exacte et rigoureuse n'a pas grande chance de s'exercer avec succès;* qu'en définitive, des rapports et des affinités étant des choses invisibles et toujours facilement contestables, on ne se sent pas disposé à attacher à leur étude une grande valeur, et dès lors on se met à observer et à écrire comme si tout cela n'existait pas.

Comment en serait-il autrement? En médecine, comme ailleurs, pour voir nettement un objet et en reconnaître les différents rapports, il importe avant tout de n'avoir pas commencé par éteindre le flambeau qui doit nous prêter sa lumière. Or, soit sciemment, soit à leur insu, voilà ce qui est arrivé à la plupart de nos observateurs modernes, qui ont faussé ou méconnu l'étiologie de ces affections nerveuses.

Une antique école d'observation, exercée à une profonde analyse médicale, avait cru trouver la véritable étiologie d'un grand nombre de ces maladies dans l'étude raisonnée et largement comprise de ces divers états morbides généraux qu'on connaît sous le nom de *diathèses* ou de *dyscrasies.* De là, comme d'une source non pas unique, mais très commune, elle avait vu sortir de ces affections névralgiques, apparaissant tantôt solitaires, tantôt multiples et disséminées; elle avait vu ces affections changer de siége, se porter du dehors au dedans, quelquefois du dedans au dehors, ou bien exister simultanément à l'extérieur ou à l'intérieur, sans qu'il vînt jamais à l'idée de l'observateur que, dans ces nombreuses migrations et sous ces différentes formes, la maladie eût rien perdu de son identité de nature.

Quand une fois la cause générale et cachée, le plus ordinairement d'origine humorale, avait pu être reconnue et saisie (ce qui est loin d'être toujours facile), l'homme de l'art tenait dans sa main la clef d'une des maladies les plus difficiles à classer et à traiter, de ces maladies qui feront toujours le plus grand embarras du médecin purement nosographe, si toutefois un nosographe peut jamais se trouver dans l'embarras.

En présence de ces névralgies, surtout quand elles sont multiples et disséminées, ou bien seulement successives, le grand problème sera donc d'arriver à la découverte de la cause générale et diathésique, qui, lorsqu'elle existe, est tout en pathogénie et beaucoup en thérapeutique.

Mais au lieu d'aller à la recherche des véritables causes, c'est-à-dire des causes prochaines dans ces maladies, que fait-on le plus généralement? Sans les omettre complétement, on les énumère pêle-mêle avec les causes occasionnelles, sans faire plus de cas des premières que de ces dernières, qui, bien qu'importantes pour l'hygiène, sont différentes en pathologie et encore plus en thérapeutique. Dès lors il n'y a plus de science étiologique véritable, par conséquent plus de science pathogénique, et la thérapeutique tombe nécessairement dans l'empirisme.

Ce n'est pas tout: le scepticisme, tout aussi bien que l'ignorance absolue sur les causes, amène encore un autre résultat à peu près infaillible: c'est d'entraver ou de stériliser l'observation elle-même. Supposez, en effet, un observateur placé dans ces conditions défavorables. Si des faits, pouvant servir à fonder ou à vérifier le point de pathologie qui nous occupe, viennent à s'offrir à ses yeux, il arrivera presque certainement, ou qu'ils ne seront pas vus, ou qu'ils seront faussement interprétés, c'est-à-dire mal vus. Ainsi l'existence de névralgies bien réelles sera niée, les relations de plusieurs névralgies entre elles seront méconnues. Au lieu d'une seule et même maladie affectant des siéges différents, on ne verra là qu'une *coïncidence entre plusieurs maladies distinctes marchant concurremment,* ou bien des successions morbides purement fortuites, sans aucun rapport de causalité, sans aucune affinité de nature. En un mot, la chose vraiment importante, je veux dire, l'unité morbide échappera à des yeux aveugles ou prévenus; et, de ce moment, voilà des matériaux précieux qui seront ou entièrement perdus, ou pour longtemps stériles.

Ne pourrait-on pas s'expliquer de la sorte, au moins en partie, la pénurie réelle ou apparente de la science contemporaine sur cette importante matière? Bien que les faits

de cet ordre soient loin d'être rares dans la pratique, il faut pourtant convenir qu'ils n'abondent point dans nos recueils scientifiques. C'est ainsi que M. Valleix, qui a eu occasion de voir un si grand nombre de névralgies externes, n'a pas pu citer incidemment un seul cas de névralgie viscérale soit primitive, soit métastatique, provenant de son propre fonds, et que l'unique fait de ce genre qui se trouve consigné, comme en passant, dans son ouvrage, est une observation d'emprunt.

Que M. Valleix, si attentif et si exact d'ailleurs, n'ait pas été mieux servi par les circonstances, cette mauvaise fortune peut étonner d'abord. Mais bientôt l'étonnement diminue lorsqu'on vient à s'apercevoir de quel œil cet observateur considère parfois les richesses d'autrui ; témoin un cas de névralgie sciatique, coïncidant avec une affection rhumatismale, et dont il nous paraît faire à tort une maladie tout à fait distincte et isolée ; témoin cet autre cas, où, à l'occasion d'une sciatique liée à des symptômes goutteux, M. Valleix prétend prouver contre Barthez *qu'entre les affections arthritiques et les névralgies il y a un immense intervalle ;* or, à nos yeux, cet intervalle se trouve exactement mesuré par celui qui sépare la nosographie pure de la véritable médecine d'observation.

En résumé, la question des maladies névralgiques, malgré les estimables et utiles travaux dus à notre époque, n'est encore qu'ébauchée. Chaussier, en ralliant sous un même nom et sous une idée commune, toutes les maladies nerveuses ayant pour caractère essentiel la douleur, a commencé à débrouiller une matière qui n'était encore qu'à l'état de chaos. L'histoire des névralgies, soit internes, soit externes, considérées dans leurs rapports entre elles, réclame aujourd'hui un travail correspondant, mais plus approfondi. Il faut ici un médecin et un pathologiste, bien plus qu'un classificateur et un nosographe.

Le nouveau progrès, en même temps qu'il viendrait éclairer et compléter un des sujets les plus élevés de la science médicale, serait très utile à l'art, en rendant plus rationnel et plus sûr un point important de médecine pratique, trop généralement encore livré à la routine et à l'empirisme.

Telle n'est pas assurément notre prétention : une œuvre de ce genre n'est pas d'ailleurs de celles qu'on peut et qu'on doit improviser. Notre unique but était d'appeler sur ce sujet trop négligé l'attention des médecins, en publiant deux observations qui, bien que déjà anciennes et peut-être un peu vieillies sous quelques rapports, nous ont paru néanmoins dignes d'intérêt, et qui, à défaut de leur propre mérite, emprunteraient une certaine valeur à l'état de disette de la science.

Ire Observation.—*Névralgie de l'estomac, de l'œsophage, de la langue, de la cavité buccale et de l'extrémité des doigts de la main gauche, coïncidant avec un état général d'anémie.*

La femme Adèle Leclerc, âgée de 45 ans, marchande de bouquets à la Halle, mère de deux enfants, a toujours été réglée bien exactement, mais à chaque époque menstruelle elle perdait une très grande quantité de sang.

Il y a 18 mois, elle eut une métrorrhagie excessivement abondante qui fut combattue par un traitement anti-phlogistique, excessivement énergique, savoir : 7 saignées générales et 70 sangsues dans l'espace de trois semaines. Cette perte existait sans coliques et sans douleurs, et le sang s'échappait souvent du vagin en énormes caillots. Malgré ces moyens, ou peut-être à cause de ces moyens, la métrorrhagie continua avec abondance, et ce ne fut qu'après six mois de durée qu'elle finit par s'arrêter spontanément.

Mais alors cette femme, qui auparavant avait de l'embonpoint, de la fraîcheur et du coloris, était tombée dans un état très prononcé de pâleur et d'amaigrissement. Vers cette même époque, elle commença à éprouver dans la région sous-sternale une douleur vive, avec une sensation de chaleur brûlante, qui, partant de l'épigastre, remontait le long de l'œsophage, jusque dans la cavité buccale. La soif était intense accompagnée de vomissements fréquents : cependant la malade affirme qu'elle n'avait pas de fièvre.

Le médecin qui la traitait crut avoir affaire à une gastrite, et, malgré cet état d'anémie si prononcé, il fit appliquer, *loco dolenti*, 50 sangsues qui n'amenèrent aucun soulagement. Des

vésicatoires appliqués successivement sur l'épigastre et à chacun des bras n'eurent guère plus de succès. La sensation de brûlure, au creux de l'estomac, persista avec opiniâtreté pendant six mois; seulement les vomissements diminuèrent de fréquence. Quoi qu'il en soit, la malade allait dépérissant de jour en jour: c'est alors qu'elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue le 10 décembre 1833, dans le service alors dirigé par M. Trousseau.

A son entrée, cette malade présentait une décoloration extrême de la face et de toute la surface cutanée: les mains avaient la demi-transparence de la cire; les lèvres et les gencives étaient pâles, enfin il y avait chez elle tous les signes extérieurs d'une anémie générale bien caractérisée.

Cet état se traduisait encore par une grande faiblesse générale, une tendance aux lipothymies, de violentes palpitations de cœur et un essoufflement considérable au moindre mouvement, surtout lorsqu'il fallait monter un escalier.

Elle accusait en outre, à la région de l'estomac, une chaleur brûlante qui remontait jusqu'à la gorge, où elle éprouvait, disait-elle, comme la sensation d'un corps étranger qui lui causait une grande gêne. De plus elle avait des vomissements pituiteux, une grande soif sans la moindre rougeur de la langue: le pouls était petit, fréquent, sans chaleur à la peau; enfin il n'y avait pas d'état fébrile. La malade se plaignait encore de douleurs erratiques dans la tête, d'obscurcissements dans la vue, de bourdonnements et de quelques élancements dans l'oreille gauche, de démangeaisons douloureuses dans les narines, ce qui l'avait forcée de renoncer à l'usage du tabac. A cette époque les règles étaient irrégulières, peu abondantes, décolorées il n'y avait pas de fleurs blanches.

En présence de ces antécédents si clairs et si précis, en présence surtout d'un appareil de symptômes aussi caractéristiques, il était évident qu'on avait affaire ici à un état d'anémie générale, et que les divers troubles fonctionnels n'avaient aucun caractère inflammatoire et étaient purement nerveux. Aussi la première indication consistait-elle à reconstituer la masse du sang, et de s'attaquer plus tard directement aux symptômes s'il y avait lieu. En conséquence, on commença par mettre la malade à un régime alimentaire tonique, mais approprié avec la sensibilité des organes digestifs: on prescrivit en outre le sous-carbonate de fer qui fut graduellement porté à la dose d'un gros par jour, et auquel on associa par intervalles le sous-nitrate de bismuth pour le faire mieux supporter.

Après trois semaines ou un mois de ce traitement, l'anémie générale avait diminué sensiblement, les forces s'étaient relevées, les palpitations avaient disparu. Mais au milieu de l'amélioration de tous ces troubles fonctionnels, la gastralgie persistait à peu près au même degré. On eut alors recours au sulfate de quinine, puis à la valériane et à d'autres antispasmodiques.

A la suite de ces divers moyens, on vit la chaleur brûlante de l'estomac diminuer notablement; un jour même elle finit par disparaître, mais malheureusement elle n'avait fait que se déplacer, et la névralgie s'était concentrée tout entière dans la cavité buccale et principalement sur la langue. On était alors à la fin de janvier 1834.

De ce moment, la douleur et la chaleur de la langue, qui jusque-là avaient été très supportables, deviennent si vives et si intolérables que la malade ne cesse de verser des larmes, et qu'elle en perd le sommeil. A peine vient-elle à fermer la paupière, qu'elle est réveillée par le besoin impérieux d'humecter sa langue qui lui produit l'effet d'un charbon ardent: aussi est-elle occupée sans cesse à tenir de l'eau dans sa bouche, et à en avaler par gorgées pour calmer la soif qui la dévore.

Cette sensation douloureuse commence à la pointe de la langue, s'avance ainsi en augmentant jusque vers la partie moyenne, où elle est intolérable, et, arrivée à ce point, elle cesse brusquement de manière qu'à la base cet organe est tout à fait indolore.

Notez que, malgré cette douleur et cette ardeur brûlante, la langue ne présente pas la moindre rougeur dans aucun point de son étendue; cependant elle offre pourtant une particularité bien remarquable, ce sont des petites bosselures et des inégalités répandues sur toute sa surface supérieure, qui donnent à la langue un aspect comme mamelonné. Les petites éminences n'offrent aucune dureté anormale, elles ne sont dues ni à la présence de tubercules ni à aucune production morbide: il semble qu'elles soient le résultat d'une sorte de froncement partiel de la membrane muqueuse ou plutôt des fibres musculaires qui composent le plan charnu sous-jacent.

Quoi qu'il en soit, cette malade a conservé de l'appétit, elle n'a plus que des vomissements très rares; mais lorsqu'elle vient à manger, il lui arrive souvent d'être obligée de retirer à la

hâte de sa bouche les aliments solides, qui, par leur trop grande sécheresse, augmentent ses douleurs; et ce n'est qu'après les avoir humectés avec de l'eau qu'elle se décide à les réintroduire dans sa bouche, en usant toutefois d'une certaine précaution.

Ajoutez encore en effet que les lèvres sont aussi le siége de très vives douleurs: il semble à la malade qu'on les lui larde avec des milliers d'aiguilles.

Des lèvres, ces douleurs lancinantes s'irradient sur toute la surface de la membrane muqueuse qui tapisse les joues, où elles donnent lieu à une sensation très pénible, indéfinissable mélange de brûlure et de picotements.

Ce n'est pas tout encore: à l'extrémité des doigts de la main gauche, la malade accuse une très vive douleur, il lui semble qu'on lui arrache les ongles avec des tenailles, et dans le reste de la main et du bras elle n'éprouve rien, si ce n'est un sentiment de légère compression au niveau du coude.

Quelques douleurs vagues dans la tête viennent compléter le tableau de toutes les souffrances de cette pauvre malade. Mais elle n'éprouve absolument rien dans les grosses branches du nerf trifacial et la pression extérieure ne détermine aucune sensibilité morbide dans ces parties.

Le cas était embarrassant, sinon pour le diagnostic au moins pour le traitement: la malade invoquait de tous les assistants un allégement à ses horribles souffrances; et il faut avoir été témoin de l'expression de son désespoir pour se faire une idée de sa douleur et de ses tourments.

15 février.—On commence par prescrire des gargarismes avec la teinture de belladone et le sirop de miel, mais sans succès. Ensuite on revint à l'usage de la valériane en pilules et en lavements, mais sans amener aucun soulagement. On reprit en même temps l'usage du sous-carbonate de fer.

Sur ces entrefaites, le 16 février, les règles habituellement irrégulières apparurent et coulèrent avec une telle abondance qu'elles avaient le caractère d'une véritable perte: le sang avait alors une couleur assez foncée. Du reste, avec l'apparition de ce flux sanguin, la névralgie subit une certaine diminution: la douleur du bout des doigts de la main gauche était à peine sensible, celle des joues et des lèvres était beaucoup moindre, mais la langue était toujours aussi douloureuse. La perte fut combattue par le seigle ergoté, la limonade sulfurique, et plus tard par les pilules alumineuses.

Malgré tous ces moyens, la métrorrhagie, qui s'était d'abord arrêtée après la première dose de seigle ergoté, continua avec une extrême abondance jusqu'au 23 février, et elle ne s'arrêta d'elle-même qu'après sept jours de durée.

Cet incident fâcheux vint détruire les heureux résultats du traitement par les ferrugineux. La malade retomba dans l'état de profonde anémie et d'extrême faiblesse qu'elle présentait lors de son entrée à l'hôpital: tous les troubles nerveux signalés précédemment reparurent; et au dessus de tous ces phénomènes, on vit encore prédominer la douleur brûlante siégeant profondément dans l'estomac, remontant l'œsophage et venant se perdre dans la bouche et les lèvres, où elle s'accompagne toujours d'une grande sécheresse et d'une soif vive.

Du 26 février au 22 mars, on reprit le traitement par le sous-carbonate de fer, qui eut encore pour effet de reconstituer le sang et de rendre des forces à la malade, mais sans avoir aucune influence sur la douleur névralgique qui s'étendait de la bouche à l'estomac ni sur les vomissements.

Ce fut alors que M. Trousseau, guidé sans doute par une idée de médecine homœopathique, ou plutôt se fondant sur des succès nombreux dus en d'autres circonstances à la méthode dite *substitutive*, prescrivit une infusion très chaude de racine de gingembre, un 1/2 gros pour une livre d'eau.

Les premières tasses de cette infusion furent données le 22 mars: elles provoquèrent plusieurs vomissements, et le lendemain on prescrivit l'emploi simultané d'un gros de gingembre, d'un 1/2 gros de magnésie et de 24 grains de sous-carbonate de fer.

Sous l'influence de ce traitement combiné, la chaleur de l'estomac fut un peu calmée. On en continua l'usage et deux jours après, le 25 mars, le soulagement était vraiment très remarquable; la malade qui depuis un si grand nombre de jours n'avait pas éprouvé le moindre repos se montrait très satisfaite de son nouvel état. La douleur brûlante de la bouche, de la langue et de l'œsophage était presque entièrement éteinte: elle ne se plaignait plus que d'une chaleur d'estomac très supportable.—On insista sur les mêmes moyens.

Dans les premiers jours d'avril, cette malade fut menacée d'une nouvelle perte utérine: heureusement cette fois le seigle ergoté arrêta l'hémorrhagie commençante. On continua

l'usage du fer, de l'infusion de gingembre, auquel on adjoignit le sirop anti-scorbutique. Sous l'influence de ces moyens, les douleurs brûlantes de l'estomac, déjà beaucoup diminuées, cédèrent presque en totalité, et cette femme, qui naguère encore était réduite au désespoir, put quitter l'hôpital vers le 10 avril, dans un état satisfaisant.

Cette observation est peut-être une des plus curieuses que la science possède en ce genre; aussi ai-je tenu, en raison de sa rareté, à la présenter dans tous ses détails. Que si j'en étais le maître, j'aimerais à faire suivre le récit de ce fait de toutes les réflexions intéressantes qui me paraissent s'y rattacher; mais, forcé de m'imposer des limites, je me contenterai de quelques remarques, qui rentrent le plus immédiatement dans l'esprit général de cet article.

Et, d'abord, est-il nécessaire de relever la déplorable erreur de diagnostic et de traitement, commise au début de la maladie? A l'époque où cette observation a été recueillie, c'était chose assez commune encore que de prendre les névroses gastriques pour des phlegmasies.

Pourtant, malgré l'aveuglement bien connu de l'esprit systématique, on s'explique difficilement aujourd'hui une aussi grossière méprise dans un cas plus clair que le jour. En effet, sans parler de la nature si particulière de la cause, la névralgie en procédant ici de dedans au dehors, en venant, pour ainsi dire, s'épanouir à la surface de la cavité buccale, et s'irradier sur un point de la peau, ne se décélait-elle pas d'elle-même aux yeux de l'observateur, et sa nature ne lui disait-elle pas hautement qu'ici il n'y avait pas plus de gastrite dans l'estomac qu'on ne voyait de glossite dans la bouche, ni de dermite au bout des doigts?

Mais passons sur ces tristes fautes d'une époque déjà éloignée. Aussi bien, la réaction qui s'est faite n'a-t-elle pas dépassé le but? et s'il est vrai qu'alors on voyait toujours la gastrite là où elle n'était pas, n'arrive-t-il pas maintenant qu'on ne sait plus la voir là où elle est réellement? Après le règne de la gastrite, est venue la vogue de la gastralgie! Toujours un excès qui succède à un autre!...

Quoi qu'il en soit, dans le cas présent, c'était bien une véritable gastralgie *anémique*, ou plutôt une névralgie affectant simultanément toute la portion sus-diaphragmatique du tube digestif et quelques-unes de ses dépendances; et cette affection était évidemment liée à l'état d'anémie profonde dans lequel cette malade avait été jetée, tant par suite d'abondantes pertes naturelles, que par des émissions sanguines aussi excessives qu'intempestives. En un mot, c'était une névralgie symptomatique d'un des états morbides généraux le plus ordinaires, le mieux connus et le plus faciles à diagnostiquer et à traiter.

En effet, nous pouvons remarquer que le traitement rationnel, et jusqu'à un certain point spécifique, par l'alimentation tonique et par les ferrugineux, amena, à deux reprises différentes, une amélioration prompte et notable dans l'état général de la malade. Cependant, après la disparition plus ou moins complète des nombreux troubles fonctionnels immédiatement liés à l'état d'appauvrissement de la masse sanguine, on vit une autre affection également symptomatique, je veux dire la névralgie disséminée sur les organes digestifs, subir, à la vérité, quelques variations dans son siége et dans son intensité, mais persister toujours sans aucun amendement réel.

Ici un éclaircissement devient nécessaire.

Quand, au début de cet article, nous attachions une si grande importance à la recherche de la cause générale d'où pussent dériver les névralgies, notre pensée n'était pas qu'une fois la découverte de cette cause obtenue le médecin était maître de la maladie. Nous disions bien que c'était beaucoup pour la thérapeutique, mais non pas tout. En effet, la cure de l'état morbide général de la diathèse, de la dyscrasie quelle qu'elle soit, est une condition première, indispensable, *sine quâ non* de la guérison de la névralgie, mais elle ne constitue pas immédiatement et nécessairement cette guérison elle-même.

L'axiome si répété : *sublatâ causâ, tollitur effectus,* est trop souvent mal interprété.

Vous enlevez la cause de la maladie, et tout est dit. Oui! mais qu'est-ce qu'une cause, et où est cette cause? Voilà l'important et le difficile. Une science d'observation n'a pas malheureusement la simplicité de la logique; et sans jamais cesser d'être vrai et nécessaire, le principe de causalité ne peut trouver, dans les choses de la nature, une application aussi rigoureuse que dans les choses de pur entendement.

C'est ainsi qu'en médecine, pour nous renfermer dans notre sujet, les effets peuvent survivre et survivent assez souvent aux causes qui leur ont donné naissance, qu'on voit certaines affections primitivement symptomatiques acquérir dans telles ou telles circonstances une sorte d'existence propre et indépendante, en un mot, devenir jusqu'à un certain point *essentielles :* comme des rameaux qui continueraient à végéter et à fleurir sur un tronc privé de sève et de vie.

C'est surtout dans les organes et dans les fonctions du système nerveux qu'on observe cette aptitude et même cette tendance à conserver et à perpétuer, en quelque sorte, l'état morbide communiqué.

Quelle que soit d'ailleurs la raison de cette sorte d'indépendance, qui fait survivre certains phénomènes morbides à leur cause primitive, qu'elle se rattache à la grande loi de l'habitude ou du *suétudisme*, encore si mal appréciée dans les actes de l'économie animale, ou bien qu'elle dépende de toute autre loi physiologique tout-à-fait inconnue c'est un fait certain et incontestable, et dont la pratique nous offre chaque jour des exemples. Dans les chloroses, dans les anémies, rien de plus tenace, rien de plus réfractaire que certaines névralgies, malgré le succès du traitement spécifique contre ces états morbides eux-mêmes.

Et pourtant personne ne révoque en doute, même dans ces cas, la liaison étroite qui existe entre les névralgies et ces divers états morbides. Ce qui est vrai pour la chlorose et pour l'anémie est vrai, au même titre, pour tous les autres états morbides généraux, quel que soit le nom qu'on leur donne; *diathèse* goutteuse, *principe* rhumatismal, *vice* dartreux, dyscrasie scorbutique, etc.

Par ces raisons, M. Valleix nous paraît avoir évidemment tort, au moins en principe, contre Barthez et contre la vieille école, lorsque, pour enlever à certaines névralgies le caractère rhumatismal ou arthritique, il présente comme des arguments péremptoires : la survivance de ces névralgies à ces diathèses, donnée comme causes prochaines; la nécessité d'employer, pour les combattre, des moyens autres que les moyens plus ou moins spécifiques de ces diathèses, et enfin l'efficacité souvent constatée de remèdes tout à fait spéciaux.

Le fait que nous avons cité vient précisément à l'appui de la thèse que nous soutenons ici. Malgré l'inutilité bien évidente des toniques et des ferrugineux contre la névralgie disséminée sur les organes digestifs, malgré la nécessité où l'on fut de recourir à des moyens tout particuliers pour guérir la malade, et enfin malgré le succès si rapide d'un remède stimulant très spécial, le gingembre, nous ne pensons pas que M. Valleix se croit autorisé à dénier à cette maladie l'étiologie que nous lui avons donnée, et nous croyons même qu'il ne lui répugnera pas d'appeler cette névralgie une névralgie *anémique*, de même qu'il ne nous répugne pas à nous-même de donner à telle ou telle autre le nom de névralgie *goutteuse, rhumatismale, dartreuse, scorbutique, syphilitique*, etc.

En pareil cas, c'est l'état général qui constitue le fond même de la maladie, et l'affection névralgique n'est qu'une des formes de cet état morbide, qu'une de ses manières d'être, en un mot, que la réalisation d'une de ses nombreuses manifestations possibles.

Voilà pourquoi tout à l'heure il nous paraissait si peu médical de placer un si grand intervalle entre les névralgies d'une part, et le rhumatisme ou la goutte de l'autre. Est-il légitime, en bonne nosologie, d'établir un antagonisme entre leur affection spéciale et une maladie générique, dont celle-là relève ou peut relever? Autant vaudrait, en histoire naturelle, mettre en opposition le cheval avec le solipède.

Après cet exemple de névralgie multiple et disséminée, existant simultanément sur un certain nombre d'organes internes et externes, et placée sous la dépendance d'un état

général bien déterminé, nous allons donner une autre observation, où la névralgie, sans se rattacher à une diathèse spéciale, au moins reconnue, se présente sous la forme métastatique.

II

II° OBSERVATION.—*Névralgie de l'utérus, consécutive à une névralgie de la face.*

Pauline Guillard, repasseuse, âgée de 32 ans, ayant eu quatre enfants et à chaque fois des couches heureuses et faciles, réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, et depuis lors ayant des menstrues habituellement irrégulières, avait été affectée à l'âge de 22 ans d'une névralgie faciale du côté gauche. Cette maladie avait été combattue inutilement par les émissions sanguines à haute dose, et avait duré pendant 18 mois.

Neuf ans environ après cette première attaque, c'est-à-dire il y a 16 mois, cette névralgie reparut, et affecta de nouveau le côté gauche de la face avec une grande intensité. Cette fois on attaqua la maladie par le sulfate de quinine, mais sans grand succès, car elle persista pendant quatre mois. Alors, sans cause connue, la névralgie quitta subitement la face et se porta brusquement sur la matrice. Tout aussitôt la malade ressentit dans cet organe une très vive douleur, et en même temps elle fut prise de vomissements très fréquents qui lui faisaient surtout rejeter ses aliments immédiatement après les repas.

Malgré ces vomissements repétés, la malade d'ailleurs d'une constitution naturellement un peu sèche, et d'un tempérament bilieux, ne maigrissait pas sensiblement. La douleur utérine, en général très vive, n'avait cependant pas toujours le même degré d'intensité; elle présenta même, au dire de la malade, quelques intermittences remarquables, de telle sorte qu'il y eut à plusieurs reprises des alternatives entre les douleurs de la matrice et les douleurs de la face qui avaient des retours momentanés.

La malade, peu encouragée par les traitements qui avaient été antérieurement mis en usage, se contentait d'employer chez elle un simple régime adoucissant. Mais ne voyant aucun changement dans son état, elle finit par se décider à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise le 20 janvier 1854.

Voici quel était son état*:*

La douleur de la région utérine est continue, très intense, et se manifestant par intervalles sous forme d'élancements qui arrachent des plaintes et des cris à la malade, et la forcent de se rouler dans son lit. Cette douleur est accompagnée d'une sensation de vive chaleur dans les parties internes des organes de la génération.

En même temps il y a des vomissements opiniâtres, qui sont purement nerveux et sympathiques de la névrose utérine, car il n'existe aucun symptôme de phlegmasie du côté des organes digestifs : il n'y a pas non plus de fièvre.

A son arrivée, la malade soumise au toucher et examinée au spéculum offre pour toute lésion une simple rougeur de la matrice avec une légère tuméfaction du col et du corps de cet organe. Il n'existe pas d'écoulement notable.

Cette affection utérine, évidemment de nature névralgique, fut attaquée successivement par un grand nombre de remèdes; ainsi : injections avec les décoctions de plantes narcotiques; pilules avec l'extrait de datura, l'opium et l'oxide de zinc, portées jusqu'à commencement de narcotisme. Sulfate de quinine en lavements, quinine brute à l'intérieur à la dose d'un gros par jour.—Teinture de belladone en lavement, bains tièdes, souvent répétés : tous ces moyens employés dans l'espace de 20 jours échouèrent complétement; la douleur utérine ne fut aucunement soulagée, les vomissements persistèrent, et la malade désespérait de sa guérison.

Sur ces entrefaites, M. Trousseau eut l'idée de revenir au sulfate de quinine et à la teinture de belladone donnés en lavement. Bien que les deux médicaments administrés séparément n'eussent eu aucun bon résultat, il espéra en obtenir davantage en les associant. En conséquence il prescrivit deux quarts de lavement avec 10 grains de sulfate de quinine et 10 gouttes de teinture de belladone pour chaque.

C'était le 9 février au soir, quatre heures s'étaient à peine écoulées après l'administration du premier lavement, que la malade se sentit notablement soulagée. Le lendemain à la visite, la douleur utérine naguère si violente était presque nulle, et il n'était pas survenu de vomissements depuis la veille. On continua les mêmes moyens pendant six jours, en augmentant graduellement la dose de teinture de belladone; et l'amendement se soutint jusqu'au 14 février.

A cette époque, au lieu de cette douleur et de ces élancements si vifs qui faisaient son tourment

depuis si longtemps, la malade dit ne plus ressentir à la matrice qu'un peu de pesanteur et une chaleur très supportable et un léger resserrement dans les régions épigastriques; elle n'a plus d'ailleurs que de très rares vomissements.

Le 16 février, la malade voulut, malgré toutes les instances possibles, quitter l'hôpital. Sa névralgie utérine pouvait être considérée comme guérie. Cependant un séjour plus prolongé eût été nécessaire pour assurer la solidité de cette guérison.

En effet, au bout de quelque temps, cette malade revint à l'Hôtel-Dieu: sa névralgie utérine avait récidivé. Les moyens qui avaient paru naguère la modifier si heureusement n'eurent plus cette fois le même avantage, et elle sortit dans l'état où elle était entrée.

Nous avions entièrement perdu de vue cette intéressante malade, lorsqu'il y a quelques jours, au moment même où nous rédigions cette observation, nous apprîmes de M. Trousseau que Pauline Guillard s'était représentée dans son service à l'hôpital Necker, et venait d'en sortir tout récemment. Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu cette femme était restée pendant neuf ans sans ressentir aucune douleur utérine; mais, dans cet intervalle, il lui était survenu un écoulement blanc très abondant. Au bout de neuf ans, c'est-à-dire, la même période de temps qui avait existé entre ses deux attaques de névralgie de la face, elle avait été reprise de sa névralgie utérine et de ses vomissements. A l'examen par le spéculum, on avait constaté un engorgement assez considérable du corps et du col de la matrice, et en outre quelques petites ulcérations siégeant sur les lèvres du museau de tanche. Les lésions assez superficielles furent traitées et assez promptement guéries par quelques cautérisations. Mais tous les narcotiques et autres moyens échouèrent complétement contre les douleurs névralgiques et contre les vomissements.

Faute d'espace, nous ne ferons sur cette observation qu'une courte remarque. Le plus ordinairement, quand une névralgie, siégeant sur une branche nerveuse externe, vient à se déplacer, c'est pour se porter sur une autre branche nerveuse également externe, comme du nerf facial au nerf sciatique ou autre. Ici la névralgie quitte un cordon nerveux situé à la surface du corps, pour envahir un viscère, et pour constituer une hystéralgie. Les auteurs ont déjà cité des faits de métastases analogues, mais avec cette particularité remarquable, que la névralgie en se portant de la face sur la matrice aurait déterminé de véritables phénomènes d'hystérie.

Rien de pareil chez notre malade. Ici la douleur, malgré sa violence, n'a jamais amené à sa suite aucun spasme et aucun des nombreux phénomènes si spéciaux de la névrose hystérique. Tant il est vrai que l'hystérie et l'hystéralgie, bien qu'elles soient deux affections très rapprochées, sont loin d'être identiques. Ainsi donc, pour ceux qui seraient encore tentés de les confondre, voilà un fait très péremptoire, qui leur prouvera que la névralgie de l'utérus peut très bien exister sans véritable hystérie, de même que celle-ci se montre le plus souvent sans aucune douleur utérine.

Nous pourrons en dire autant des affections nerveuses de l'estomac. Aujourd'hui la plupart des névroses gastriques sont confondues sous le nom générique de névralgies. D'une forme particulière de maladie nerveuse, caractérisée par la prédominance de la douleur, on a fait tout une classe de maladies : c'est une erreur nosologique qui doit entraîner plus d'une faute en pratique. Les véritables névralgies de l'estomac ne se rencontrent pas à chaque pas, comme on le croit et comme on le dit partout. M. Barras, qui a observé tant de névroses gastriques, n'a cité, dans son excellent ouvrage, qu'un nombre de cas assez restreint de gastralgies pures; et, parmi ces observations, il n'en existe pas une seule qui soit aussi caractérisée, et pour ainsi dire aussi *classique*, que celle que nous venons de livrer au public médical.

Dysenterie. — État particulier de l'anus coïncidant avec les selles involontaires.

(Communiqué par M. Bouchut, docteur en médecine, interne lauréat des hôpitaux.)

La nommée Hermance Martel, âgée de 15 ans, est entrée le 8 octobre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 1, dans le service de M. Piedagnel. Elle jouit habituellement d'une bonne santé. Depuis quinze jours elle est affectée d'une diarrhée qui semble avoir été déterminée par l'usage du raisin. Il y a cinq jours que sans cause appréciable elle rendit du

sang dans les selles, et des douleurs se sont développées dans le ventre. Depuis lors, ces douleurs ont été en augmentant ; elles étaient accompagnées de fièvre, de malaise, de perte d'appétit et de faiblesse. L'excrétion du sang, abondante le premier jour, a diminué depuis; mais les selles sont toujours très fréquentes.

La malade est aujourd'hui dans l'état suivant : décubitus dorsal, prostration considérable, face terne, amaigrie, yeux excavés, ventre plat, sans gargouillement, douleur très vive augmentant par la pression, la douleur n'est pas plus vive à droite qu'à gauche; selles fréquentes, douloureuses, ténesmes (au moins 30 garde-robes cette nuit). On nous présente un plein bassin de matières liquides d'un jaune foncé, mêlées de grumeaux blancs formés de mucus; on y observe des parcelles nombreuses de sang coagulé.

Bouche humide, langue blanche, rouge sur les bords, dents jaunes, fuligineuses.—La soif est vive. Peau d'un bon toucher, pouls petit, filiforme, 128, il est régulier.—Respiration lente, profonde, gémissante.—Ratanhia, sirop de grande consoude.—Cataplasme sur le ventre. — Quatre demi-lavements de décoction de ratanhia et d'amidon, avec laudanum 6 gouttes. — Bouillons.

10. Envies continuelles d'aller à la garde-robe, ténesme, douleur dans l'excrétion des selles. —A chaque instant la malade se met sur le bassin. — Les matières sont liquides, jaunâtres, mêlées de mucus et d'un peu de sang sous forme de petits caillots. — Ventre généralement douloureux, aplati, facies grippé, terreux; langue blanche, pas d'appétit. Peau un peu refroidie; pouls petit, extrêmement serré.—Elle ne peut pas prendre de lavements, l'eau ressort par le sphincter dilaté qui semble avoir perdu sa force de contraction, de telle sorte qu'en écartant les fesses l'anus reste ouvert, et il y a impuissance à retenir les matières. L'ouverture a la largeur du doigt, par intervalle il arrive une contraction qui la ferme, mais l'état naturel semble être la dilatation de l'anus. On ne peut mieux comparer ce phénomène qu'aux contractions qui surviennent à l'ouverture pupillaire.—L'administration des lavements est suspendue jusqu'à nouvel ordre.

11. Un peu de sommeil, prostration considérable. Réponses justes, facultés intellectuelles intactes, face amaigrie, yeux cernés. Bouche humide, langue rosée, un peu poisseuse; soif fréquente, ventre généralement douloureux; selles extrêmement fréquentes, elles coulent involontairement vu la disposition déjà indiquée de l'anus.—Ces matières sont formées de matières bilieuses, jaunâtres, de mucus sanguinolent et même de sang pur.

Peau chaude, pouls régulier, petit, serré, 118.—Ratanhia, sirop de grande consoude.—Vin de Bagnols, 125 grammes.—Bains de siége presque froid.—Des quarts de lavements froids.

12. Ventre excessivement douloureux, la plus légère pression ne peut être supportée.—Selles plus nombreuses à chaque instant, douleur dans l'excrétion, ténesme, ardeur à l'anus, plaintes continuelles. Même état de l'anus.

Peau chaude, pouls petit, resserré, 120.—Ratanhia, sirop de grande consoude. — Vin de Bagnols, 125 grammes.—Bains de siége presque froid.—Des quarts de lavements froids.

13. Hier soir la malade était très accablée, la fréquence des selles et la douleur avait été excessive. Cette nuit il y a eu un peu d'amélioration, moins d'envies, le ventre est moins, douloureux, les évacuations sont de même nature. La face est plus altérée; la langue rouge et sèche.

Peau chaude, pouls petit, 120.—Ratanhia, sirop de grande consoude.—Julep. diacod.—Six lavements froids.

14. Légère amélioration, les douleurs vives cette nuit ont diminué ce matin.—Selles toujours très abondantes. Bouche rouge, gencives bordées d'une couche blanche. Elle conserve toujours bien sa raison. Les yeux continuent à s'enfoncer, peau généralement chaude, les extrémités conservent une température plus basse, pouls petit, 104.

Ratanhia.—Julep. diacod.—Six lavements froids.—Bouillons.

15. A peu près même état.—Douleurs très vives la nuit, le jour elle est sensiblement mieux.—Ventre en godet, excrétion involontaire; l'anus est plus contractile que ces jours derniers.—Il est encore dilaté, mais l'ouverture est beaucoup moindre.—Langue blanche.—Soif fréquente.—Peau sèche encore un peu chaude, pouls petit, 102.

Ratanhia, sirop de grande consoude.—Julep diacodé.—Bagnols.—Lavements froids.—Cataplasmes.—Bouillons.

16. Ventre toujours douloureux, flux des matières.—Elles ont changé de nature, elles sont plus épaisses et jaunes, on n'y voit plus de sang.—Bouche humide, langue blanche, 104 pulsations. — Même état de faiblesse. La malade se plaint de douleurs vives dans les pieds sans qu'on y voie rien.

Ratanhia, sirop de grande consoude.—Julep diacodé.—Bagnols.—Lavements.—Cataplasmes. Bouillons.

17. Moins de douleur, selles moins fréquentes, toujours involontaires.—Douleurs très vives dans les pieds.

Cataplasmes.—Ratanhia.—Bagnols.—Bouillons.

18. Diarrhée moins abondante.—Même état.—Elle éprouve toujours des douleurs vives dans les pieds qui l'empêchent de dormir. Le facies est profondément altéré; pouls assez dévedéveloppé, 96.

Ratanhia, sirop de grande consoude.—Bagnols.—Lavements.—Cataplasmes.—Bouillons.

19.— La malade a moins sali de linge.— Les excrétions sont moins nombreuses.— Ventre plat, indolent. — Langue naturelle. La face est meilleure; les yeux s'animent. Peau encore chaude, pouls large, 92.

Elle se plaint vivement de douleurs dans les pieds; c'est aujourd'hui la seule souffrance. On n'y voit rien.

Ratanhia, sirop de grande consoude.—Bagnols.—Lavements.—Bouillons.

20. Même état, les pieds sont aussi douloureux, l'état du ventre s'améliore de plus en plus. —L'anus n'est plus dilaté comme ces derniers jours, l'ouverture est fermée, quoique la contraction forte ne soit pas possible.

Ratanhia, sirop de grande consoude.—Bagnols.—Lavements.—Bouillons.—Potages.

21. Selles volontaires peu abondantes, difficiles à retenir.—Peau bonne, pas de fièvre.

Ratanhia, sirop de grande consoude.—Bagnols.—Lavements.—Bouillons.

22. Selles toujours involontaires, mais la malade peut se retenir quelques instants. Les matières sont un peu plus épaisses. L'anus est fermé, les bords de l'ouverture sont accolés. La paralysie du sphincter a presque disparu.

Ratanhia, sirop de grande consoude.— Bagnols.

23. Plus de douleurs aux pieds; le ventre encore légèrement douloureux, selles en dévoiement qu'elle peut retenir à volonté.—Face bonne, peau fraîche, pas de fièvre.

Ratanhia, sirop de grande consoude, 2 pots.—Bagnols.—Bouillons.—Soupes.

24. Même état, selles moins nombreuses.—L'anus, au lieu d'être dilaté, ainsi que nous l'avons noté plus haut, est maintenant complétement fermé. Il existe peu de contraction dans le sphincter, il semble qu'il y ait lutte entre lui et son opposant, car on voit une alternative de relâchement et de contraction très remarquable.— La paralysie diminue, et la rétention des matières fécales est possible.

Bagnols.—Ratanhia, sirop de grande consoude.—Bouillons.—Demi-quart.

25. Peau bonne, pas de fièvre, la face reprend un bon aspect.—Quatre selles.

Bouillons.—Soupes.—Demi quart.

26. Même état.—Toujours un peu de dévoiement, pas de fièvre.—L'anus est entièrement fermé.

Bouillons.—Soupes.—Demi-quart.

29. Les forces reviennent de plus en plus, la face a tout à fait bonne expression, pas de fièvre, deux à quatre selles par jour depuis trois jours.—Grand appétit.

Ratanhia.—Soupes.—Quart.

3 novembre. Le dévoiement continue toujours, mais elle mange bien, elle reste levée tout le jour.

Ratanhia.—La demie.

6. Même état.—Les trois-quarts.

9. Les trois-quarts.

12. Exeat portion.

La dysenterie est une maladie assez commune en automne, qui est souvent le résultat de l'abus des fruits de la saison et en particulier du raisin. Chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, l'usage de ce fruit avait été jusqu'à l'excès. On rencontre à Paris peu de dysenteries sporadiques aussi intenses que l'a été celle-ci. Le peu de gravité qu'offre cette affection motive assez l'opinion des pathologistes qui la considèrent comme un flux anormal, plutôt que le résultat d'une altération anatomique. On sait aujourd'hui que lorsque la dysenterie est quelque peu intense, elle est due à l'inflammation de la muqueuse du colon.

Nul doute pour nous que, dans cet exemple, le côlon n'ait été profondément altéré :

la durée de la maladie, la gravité des symptômes généraux en témoigne suffisamment. Notre intention n'est pas de nous arrêter sur la symptomatologie, intéressante sans doute, mais fort bien connue. Nous entrerons dans quelques détails sur un phénomène fort rare qui n'a pas été mentionné jusqu'ici, et qu'on doit rencontrer fréquemment si l'on veut bien y porter quelque attention : je veux parler de l'incontinence des matières fécales, de l'affaiblissement du sphincter, et de la prédominance d'action du dilatateur de l'anus qui en sont la cause.

Guidés par une observation antérieure, nous avons examiné l'anus de cette enfant, et nous avons pu voir que, dans le moment où les envies d'aller à la garderobe étaient continuelles, et lorsqu'il y avait ténesme douloureux, l'anus restait complétement ouvert, ce que l'on n'observe pas ordinairement. Il s'écoulait, par cette ouverture, un mucus jaunâtre et sanguinolent. Les plis de l'anus existaient encore, mais ils étaient presque effacés. Cette dilatation était large comme une pièce de 50 centimes. Elle n'était pas permanente. Elle offrait des alternatives de contraction insuffisantes pour fermer l'ouverture, absolument comme la pupille à l'impression de la lumière. Le contact du doigt excitait la contraction du sphincter et l'ouverture se rétrécissait beaucoup. Cette disposition était un obstacle à l'administration des lavements, car l'eau ressortait de suite.

Nous avons pu constater ce phénomène fort curieux pendant assez longtemps; nous l'avons noté le 10, il disparut le 26 novembre. Voyons ce que la physiologie va nous apprendre à ce sujet.

Les fonctions de l'appareil musculaire qui entoure l'extrémité inférieure du rectum ont été parfaitement bien étudiées. Il ne peut y avoir aucun doute sur le mode d'excrétion des matières fécales. Cet acte physiologique est le résultat de la contraction péristaltique du gros intestin, excitée par l'accumulation des fèces. Cette contraction, aidée de celles du diaphragme et de la paroi abdominale, est destinée à vaincre l'obstacle formé par les sphincters. Ces derniers muscles sont dans un état de contraction permanente, qui est sous l'influence du système nerveux et en partie dépendant de la volonté. Leur relâchement qui a lieu au moment de la défécation serait aussi sous l'influence de l'action volontaire, d'après quelques physiologistes, qui, sans doute, veulent mettre le releveur en action, tandis que, pour d'autres, cet état ne serait que la cessation de la contraction des sphincters. Comme les auteurs sont peu explicites à cet égard, et qu'ils ne parlent pas du mécanisme de cette dilatation ou de ce resserrement, qu'il nous soit permis d'en dire quelques mots : ce ne sera pas un hors-d'œuvre à la suite de cette observation où la dilatation de l'ouverture anale a été si prononcée.

Les physiologistes semblent dire que la dilatation et la contraction de l'anus sont le résultat de la contraction et de la dilatation des sphincters. Nous croyons que la discussion n'a pas été très nettement posée, et que la solution n'est indécise que parce que le premier terme est lui-même resté indécis. On n'a pas d'exemple d'un muscle qui remplisse à la fois les deux actions opposées de contraction et de relâchement volontaire : si un muscle se contracte et imprime une certaine direction à un organe ou à un membre, lorsqu'il se détend il ne ramène pas l'organe à sa position, il cesse d'agir, et voilà tout. L'organe resterait là où il a été amené, si un muscle opposant, profitant du relâchement des fibres, ne le replaçait à la position naturelle. Ainsi, il nous paraît impossible que le sphincter puisse à la fois resserrer l'anus et l'ouvrir. Sa conformation s'y oppose, il ne peut que fermer cette ouverture, et, s'il n'y avait pas un muscle opposant, elle ne pourrait s'ouvrir. Lorsque la contraction de ce muscle cesse, elle permet l'action de son opposant, et le releveur de l'anus qui est en même temps son dilatateur agit dans ce but. Voyons quelle est la structure ou plutôt quelle est la disposition des fibres de ces deux muscles; l'un, le sphincter, formé de fibres circulaires et concentriques à l'extrémité inférieure du rectum, est parfaitement disposé pour remplir le resserrement; l'autre est formé de fibres longitudinales et perpendiculaires aux premières, intriquées parmi elles, et se fixant d'autre part à la face interne du petit bassin et au détroit supérieur, en formant des anses à concavité supérieure. Qu'arrive-t-il? Lorsque le sphincter se contracte

ses fibres se rapprochent en fermant l'anus, puis il cesse d'agir. L'opposant ou releveur de l'anus, à l'aide de ses fibres rayonnées tout autour de l'ouverture, et insérées beaucoup au-dessus d'elles, écarte celles du sphincter en les relevant, et le relâchement est produit.

Le resserrement et la dilatation de l'anus sont donc sous l'empire de la volonté, parce que les muscles chargés de l'accomplissement du phénomène sont eux-mêmes sous l'empire de la volonté. Ce n'est pas dans le sphincter de l'anus qu'il faut placer cet acte, ainsi que l'ont fait quelques physiologistes ; ce muscle ne concourt qu'à produire le resserrement. Ce n'est pas non plus à l'antagonisme nerveux invoqué avec beaucoup de talent par M. Bellingeri. Cet auteur place la contraction du sphincter sous l'influence des cordons postérieurs de la moelle et la dilatation sous l'influence des cordons antérieurs. Il serait arrivé à ce résultat par des expériences sur les animaux vivants. Tout le monde sait que, dans les lésions de la moelle, on remarque tour à tour et la constipation et les déjections alvines involontaires.

Le phénomène qui nous occupe ne ressort nullement des lois générales de l'économie, en ce qui a rapport au système musculaire. Là où il y a un muscle qui fléchit, il y en a un autre qui étend ; là où il y a un constricteur il y a un dilatateur. A l'anus existent des sphincters et un autre muscle dont l'action est complexe, le releveur de l'anus comme ce nom l'indique, il soutient l'anus contre les efforts du diaphragme et des muscles abdominaux et le relève; il dilate cette ouverture ; enfin il aide à l'expulsion de l'urine et du sperme.

Enfin il nous paraît évident que, dans notre observation, l'irritation causée par l'afflux des liquides dans la partie du rectum, garnie de sphincters, provoquait le ténesme et les envies continuelles de l'excrétion; que, pour concourir à l'expulsion de ces matières, le releveur agissait continuellement en maintenant l'anus ouvert; qu'il y avait antagonisme continuel entre les deux muscles opposés : de là les oscillations dans le diamètre de l'ouverture, oscillations comparables à celles de la pupille. Nous terminerons en disant que nous ne considérons pas comme hypothèse l'excitation du releveur de l'anus par les matières arrivées au niveau des sphincters ; car tout le monde sait le peu d'influence qu'a la volonté sur ce muscle, lorsqu'on est affecté de diarrhée. De plus, le besoin de la défécation ne se fait sentir que lorsque les matières arrivent en cet endroit du rectum, car lorsqu'elles sont à la partie supérieure ou au milieu elles ne provoquent aucun besoin.

REVUE CRITIQUE.

DE LA CONTRACTURE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE, par le docteur Max. DURAND-FARDEL.

« L'hémorrhagie cérébrale, dit M. Durand-Fardel en commençant son mémoire, est peut-être une des maladies dont les symptômes forment le groupe le mieux caractérisé, le plus facile à saisir..... » Oui, certainement, en théorie; mais il s'en faut de beaucoup que cela soit dans la pratique. Ainsi, la réunion des symptômes de l'*apoplexie* répond, tantôt à une hémorrhagie cérébrale, tantôt à un ramollissement, tantôt à une simple congestion, tantôt à un épanchement de sérosité; quelquefois même on ne rencontre, à l'autopsie, aucune lésion appréciable pour se rendre compte des symptômes dits *apoplectiques*. Tous les médecins qui ont pu dégager leur esprit des idées théoriques émises à ce sujet sont convaincus par expérience de la grande incertitude qui règne sur le diagnostic des lésions cérébrales. M. Andral a donc rendu un grand service à la vérité, et par conséquent à la science, en montrant, dans le cinquième volume de sa clinique, que le diagnostic donné par les auteurs n'était pas l'expression réelle des faits.

M. Durand-Fardel, qui s'est déjà fait connaître avantageusement par ses travaux sur les affections cérébrales, vient aujourd'hui montrer que le diagnostic différentiel de l'hemorrhagie cérébrale est encore plus incertain qu'on ne pensait; dès lors, il corrige ainsi de lui-même ce qui nous a paru trop absolu dans le début de son article.

On avait dit sans hésiter que la paralysie

avec flaccidité était propre à l'hémorrhagie cérébrale, tandis que la paralysie avec contracture dépendait du ramollissement; M. Durand-Fardel montre, au moyen d'observations nombreuses, que *la contracture est un phénomène très fréquent dans l'hémorrhagie cérébrale.*

M. Durand-Fardel reconnaît que M. Boudet avait insisté avant lui sur la contracture comme symptôme de l'hémorrhagie cérébrale; mais il n'accorde pas à M. Boudet que la contracture soit le symptôme exclusif des cas particuliers où l'hémorrhagie, après avoir détruit la pulpe cérébrale, fait irruption dans les ventricules ou à la surface du cerveau. On trouve, en effet, dans le mémoire que nous analysons, des faits d'hémorrhagie accompagnés de contracture, bien que le sang soit resté extravasé dans l'intérieur de la pulpe cérébrale.

Déjà, avant M. Boudet, M. le docteur Parra-d'Andert, ancien interne des hôpitaux, avait noté la contracture comme symptôme de l'hémorrhagie cérébrale, et avait publié des observations concluantes à cet égard (*Observations et Réflexions sur l'apoplexie.* Thèses de Paris, 1837, n° 149). Nous revendiquons donc, en faveur de M. Parra-d'Andert, la priorité de ce fait important de séméiologie.

(*Archives.*)

EMPOISONNEMENT PAR LE DEUTO-CHLORURE DE MERCURE.—*Traitement du docteur* GIACOMINI, *par la méthode stimulante.—Guérison.*

Une dame de 40 ans, de constitution extrêmement sensible, sujette à de la céphalalgie et à des palpitations de cœur, avait, à la suite de perte de fortune, manifesté des projets de suicide. Le 13 juin 1838, vers deux heures de l'après-midi, après avoir mangé une certaine quantité de fruits, elle avale dans de l'eau une dose de deuto-chlorure de mercure estimée approximativement à 35 centigrammes. A sept heures du soir le docteur Giacomini est appelé près de la malade; il la trouve dans le décubitus dorsal, le visage décomposé, d'une pâleur mortelle, les paupières entr'ouvertes, les yeux ternes, entourés d'un cercle plombé; la langue est rose et humide; le ventre un peu ballonné; toute la surface du corps est froide, le pouls est à peine perceptible; la respiration lente; la voix sépulcrale et entrecoupée. Pressée de questions, la malade finit par avouer les circonstances de son empoisonnement.

Aussitôt deux grammes d'ipécacuanha sont administrés; au bout d'une demi-heure cette femme vomit abondamment des matières liquides mêlées à la pulpe des fruits qu'elle avait mangés. Le froid général est plus prononcé, sueurs froides au front, pouls effacé, tendance à la stupeur et à la syncope; questionnée à plusieurs reprises, elle finit par accuser une chaleur qui s'étendait du ventre jusqu'au gosier. A neuf heures du soir on administre une potion de 120 grammes d'eau de cannelle, et 4 grammes de laudanum. La malade l'avale d'un trait. A onze heures du soir le pouls reparaît, mais lent et faible (44 par minute); le froid persiste. La malade se plaint de chaleur au ventre et d'une barre qui l'étouffe entre la poitrine et l'abdomen. Deuxième potion semblable en deux fois à la distance de deux heures. Une troisième potion est prescrite pour le reste de la nuit. Cette nuit est fort agitée, la malade ne fait que gémir, soupirer et tomber à chaque instant en syncope; la chaleur cependant est revenue et la malade a uriné.

Le lendemain 14, le pouls reste petit et lent; la chaleur est normale, la parole plus facile; soif et sentiment plus vif de chaleur et de constriction dans le ventre. On répète le laudanum à la même dose; mais on remplace l'eau de cannelle par une émulsion de gomme arabique à prendre en quatre fois. A la seconde prise de cette potion, le vomissement se déclare de nouveau avec beaucoup d'angoisses, de nouveaux évanouissements et le froid général. On revient à l'eau de cannelle laudanisée. Le vomissement ne reparaît plus. La malade consomme deux potions pareilles dans le courant de la journée. La nuit est bonne; un peu de sommeil interrompu par des crampes incommodes.

Le 15, pouls à 58; peau chaude et humide, la chaleur du ventre est moindre.—Nouvelle potion.—Un peu d'aliments.

Le 16, pouls normal; la chaleur ventrale a disparu. Céphalalgie, palpitations du cœur habituelles à la malade; on cesse tout médicament.

Le 17, tout symptôme d'empoisonnement a disparu, on administre un léger purgatif d'huile de ricin.—Alimentation substantielle, guérison.

(*Annales de thérapeutique.*)

Fidèles à nos habitudes de libre examen, étrangers à tout esprit de parti, et désireux de faire passer sous les yeux de nos lecteurs toutes les méthodes de thérapeutique, nous empruntons à l'École italienne cette observation où elle triomphe avec ses doses énormes d'eau de cannelle et de laudanum. Mais ce fait étrange nous paraît manquer, pour être convenablement interprété, de détails suffisants. Eh quoi, l'on s'est contenté du récit d'une femme, dont la raison ne paraît point sûre et qui était dans un grave état de prostration, pour établir la nature et la quantité du poison ingéré!

On n'a fait aucune recherche dans le liquide rejeté par le vomissement pour savoir si on pourrait retrouver, ce qui n'était point difficile, du deuto-chlorure de mercure; d'un autre côté on semble croire dans l'article dont nous extrayons cette observation, que dans un cas pareil les praticiens français n'auraient eu recours qu'aux antiphlogistiques et aux neutralisants chimiques. Nous ne croyons pas, il est vrai, avec l'auteur des réflexions sur ce fait, que l'albumine eût été bien nuisible; mais nous ne pensons pas non plus que personne eût songé aux antiphlogistiques, chez une femme qu'on était obligé de presser de questions pour lui faire avouer qu'elle avait de la chaleur dans le ventre, et qui présentait des symptômes d'adynamie aussi prononcés. Ne pourrions-nous point supposer à notre tour qu'avec de moins fortes doses d'opium, la syncope, l'affaissement, les angoisses et le froid ne se seraient point prolongés aussi longtemps?

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. le docteur Despréaux, attaché comme chirurgien au service des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Marseille, vient de publier, dans la *Gazette médicale*, le résultat des expériences qu'il a entreprises sur le traitement des fièvres intermittentes par l'acide arsénieux employé à faibles doses, d'après la méthode que M. Boudin a indiquée dans son *Traité des fièvres paludéennes*.

Dix-sept malades atteints de fièvres intermittentes, à types différents, soumis au traitement arsenical, ont guéri la plupart en quelques jours, quelques uns même après une seule dose. Ce résultat parait tellement concluant à l'auteur du mémoire qu'il proclame l'arsenic le meilleur et plus avantageux des fébrifuges :

« Le meilleur, car 17 cas de fièvres palu« déennes ont successivement cédé à son « emploi; et la plupart de ces fièvres étaient « chroniques, et avaient déjà été traitées inu« tilement par le sulfate de fer et le sulfate « de quinine; la moyenne durée du traite« ment arsenical a été de cinq jours, et l'a« cide arsénieux n'a pas dépassé, terme « moyen, 7 milligrammes. Je ne sache pas « qu'aucun praticien ait obtenu jamais de « semblables résultats par le sulfate de qui« nine ou ses succédanés :

« Le plus avantageux, non-seulement par « sa vertu anti-périodique, mais encore parce « que les malades le prennent sans dégoût: « en outre, parce qu'il est d'un prix peu élevé. « Chaque année la France paie à l'Amérique « un million cent mille francs pour le quin« quina. L'administration de l'acide arsé« nieux peut soustraire le pays à cet impôt, « et mettre entre les mains du pauvre un « moyen précieux de guérison sans exiger de « lui les dépenses que nécessitent les prépa« rations de quinquina. » Il faudrait, toutefois, pour obtenir complétement ce résultat, ajoute M. Despréaux, que MM. les pharmaciens baissassent le prix auquel ils livrent les préparations arsenicales. Un pharmacien vendant ordinairement 25 centimes un demi-milligramme d'acide arsénieux mêlé à une poudre inerte, il s'ensuit que le kilogramme d'arsenic, qui vaut à peine un franc, serait débité à raison de cinq cent mille francs. Remarquons, en passant, pour être juste envers le commerce de la pharmacie, qu'il s'agit de payer ici non la matière première, mais le soin tout particulier avec lequel une pareille substance doit être délivrée, et la responsabilité terrible que la plus légère erreur peut attirer sur le distributeur, et passons à la question médicale.

Il nous semble que quand la médecine possède un moyen aussi sûr, aussi longuement éprouvé que le quinquina, elle doit en être fière, et ne point se hâter de le rejeter avec dédain pour une thérapeutique nouvelle; mais nous avons tort de l'appeler nouvelle, avec l'auteur du mémoire que nous citons : disons plutôt une thérapeutique ancienne, antérieure à l'emploi du quinquina, et généralement abandonnée malgré ses succès incontestables. Faut-il donc rappeler qu'il y a près de deux cents ans Wepfer (*De cicuta aquat.*, chap. 21) annonçait avoir obtenu de Burckard le secret d'un fébrifuge arsenical très efficace; mais il n'osait le publier, de peur de fournir aux ignorants et aux téméraires une occasion de nuire. Ce fut également en étudiant la composition d'un remède très répandu que Fowler conçut l'idée de la solution qui porte son nom et qu'il employa avec succès dans un grand nombre de fièvres intermittentes et de névralgies rebelles. Plenciz père n'a-t il pas affirmé avoir administré pendant quarante ans les préparations arsenicales contre les fièvres intermittentes? M. Fodéré n'a-t-il point guéri trois cents fiévreux par les mêmes moyens (*Journal complémentaire, tom.* 1er)? Pourquoi donc l'autorité de ces médecins recommandables et de beaucoup d'autres a-t-elle été impuissante pour populariser ce fébrifuge? C'est que, dans un certain nombre de cas, il a échoué, et que, dans d'autres, il a produit des accidents qui ont effrayé les praticiens prudents.

Les préparations arsenicales sont usitées à l'hôpital Saint-Louis, depuis que M. Biet les y a introduites, contre quelques maladies de peau très rebelles, et particulièrement le psoriasis. On se sert le plus souvent de la solution de Fowler, qu'on donne

par gouttes en augmentant tous les six jours de deux en deux et ne dépassant guère quatorze. Il est commun d'observer chez les malades soumis à cette médication des coliques et de la diarrhée qui forcent de suspendre le médicament et même quelquefois de l'abandonner. Un autre symptôme de l'intoxication arsenicale, moins connu, signalé par M. Devergie, et que paraissaient déjà avoir remarqué quelques anciens expérimentateurs anglais, est caractérisé par des fourmillements, des douleurs et des crampes dans les membres. Nous reconnaissons que les doses données à l'hôpital de Marseille ont été plus faibles, puisque le plus souvent elles n'ont pas dépassé 2 milligrammes, et qu'elles ont même été abaissées jusqu'à un demi-milligramme. Mais nous ne voyons pas que l'auteur de ces observations ait pris toutes les précautions suffisantes pour mettre au jour la vertu fébrifuge de l'arsenic. Aussitôt la fièvre constatée, on administrait le médicament; mais combien de fièvres, comme M. Despréaux l'a observé lui-même, cèdent aisément au repos? Et ne serait-on point porté à croire que celle qui a disparu devant un demi-milligramme d'arsenic était de ce nombre? Plusieurs malades, après un traitement par le sulfate de quinine, avaient vu reparaître leurs accès; gueris par l'arsenic, seront-ils plus heureux? Il faudrait, pour pouvoir l'affirmer, que les malades eussent été gardés plus longtemps à l'hôpital qu'ils n'ont pu l'être.

Ces observations n'ont point, du reste, pour but d'infirmer les succès obtenus par notre honorable confrère. Nous approuverons toujours les essais faits dans un but scientifique et dans un esprit de prudence; mais nous croyons devoir aussi mettre en garde les jeunes praticiens contre les moyens qu'une expérience suffisante n'a pas encore sanctionnés. La meilleure preuve que l'arsenic est loin de réussir constamment, c'est que Fowler lui-même, après avoir cité cinquante cas de fièvres d'accès traitées avec succès par la solution arsenicale, en rapporte douze autres qui, inutilement attaqués par la solution, ont été guéris par le quinquina employé seul huit fois, et les quatre autres fois associé à la solution.

DU CANCER DES POUMONS.

Une revue anglaise (*The British and Foreign medical Review*, april 1843) a publié une analyse de différents mémoires qui ont paru en Hollande ou en Angleterre, depuis deux ans, sur le cancer du poumon. Nous en extrayons les faits suivants, qui prouvent malheureusement que cette importante question n'a fait aucun progrès notable depuis les travaux de Bayle et de Laennec.

Le docteur Stokes (*Researches on the Pathology and diagnosis of cancers of the lung and mediastinum.—Dublin Journal of medical science*, may 1842) donne l'énumération suivante des formes cancéreuses qu'il a rencontrées dans le poumon : 1° noyaux arrondis de matière encéphaloïde, isolés et distincts du tissu pulmonaire resté sain dans les intervalles; 2° noyaux isolés, mais de formes irrégulières; 3° noyaux de différentes espèces de cancers, squirrhe, encéphaloïde et mélanose, se rencontrant simultanément; 4° simple dégénérescence de tout le poumon ou d'une portion de cet organe en matière encéphaloïde; 5° masses d'encéphaloïde siégeant dans le médiastin postérieur et comprimant le poumon, soit resté sain, soit lui-même envahi par la matière cancéreuse; 6° tumeurs enkystées de matière cancéreuse, blanche, liquide, entourant la trachée et l'œsophage, compliquées de l'infiltration cancéreuse d'une portion du poumon, et de coagulum cancéreux dans les tubes bronchiaux; 7° dégénérescence cancéreuse de tout le poumon avec ulcération superficielle, qui sépare le poumon de la plèvre pulmonaire.

Des trois principales espèces de cancers, l'encéphaloïde, le squirrhe et le colloïde, les deux premières formes paraissent seules avoir été trouvées jusqu'à présent dans le poumon.

La première forme du docteur Stokes appartient spécialement, comme l'ont déjà fait remarquer les observateurs français, aux cas où d'autres organes, tels que le foie, les os, etc., contiennent de la matière cancéreuse.

La forme enkystée se présente très rarement. Il en est de même de la forme ulcéreuse, celle-ci n'a été rencontrée qu'une seule fois par le docteur Stokes, et une autre fois par le docteur Taylor (*Clinical lecture*, ou *Cancer of the lung-lancet*, 26 march 1842).

Le cancer se rencontre, soit dans un seul poumon, soit dans les deux simultanément. Sur 19 cas rassemblés par le docteur Kleffens (*Dissert. med. inauguralis de cancero pulmonum. — Groningæ*, 1841), six appartiennent au poumon droit, sept au gauche et les six autres aux deux poumons. Mais l'auteur a mêlé les cas où le cancer s'est développé primitivement et ceux où il ne s'est montré que secondairement. Dans les observations où il constituait la maladie primitive, le cancer paraît avoir le plus souvent occupé le poumon droit seul. Le cancer du poumon se montre-t-il plus souvent chez les femmes, qui semblent, en général, prédisposées à l'affection cancéreuse? Le docteur Kleffens, dans ses relevés, sur 20 cas, l'a trouvé 13 fois chez des hommes et 7 fois chez des femmes. L'âge où on l'a rencontré a varié de 20 à 60 ans; mais il paraît avoir été plus commun de 20 à 30. Les observations ne paraissent point avoir

été assez détaillées pour jeter un grand jour sur la symptomatologie. Voici, toutefois, les principaux symptômes qui ont été notés :

Le docteur Kleffens, sur 16 cas, mentionne 10 fois la toux. Elle était sèche dans deux cas ; accompagnée d'expectoration dans les autres. Quant à la matière de l'expectoration, elle a beaucoup varié, tantôt simplement muqueuse, puis mêlée de sang; chez quelques autres, purulente et sanguinolente. Plusieurs des malades eurent des hémoptysies. Chez deux autres malades, dont l'un a été observé par le docteur Taylor , l'autre par Constatt (*Hannov. Annalen*, 1840), l'haleine et les crachats étaient d'une fétidité si insupportable qu'ils nécessitèrent l'usage du chlore. La dyspnée a généralement été notée. Toutefois, elle manquait dans le cas du docteur Taylor. On conçoit qu'elle doit surtout manquer dans les cas où la matière cancéreuse est disséminée et isolée dans le poumon.

Quelques malades ne souffraient point; mais le plus grand nombre ont éprouvé une douleur vive, lancinante, comparée, dans un cas, à des traits électriques passant du sternum et des fausses côtes à l'épine. Le docteur Stokes insiste sur la douleur fixe dans un côté de la poitrine. On a remarqué aussi l'association de ce point avec une douleur dans l'épaule du même côté.

Les signes que peut révéler l'examen physique ont été notés avec le plus grand soin par le docteur Walshe (*The Physical diagnosis of diseases of the lungs*, 1843). Sont-ils, néanmoins, assez nettement dessinés pour conduire au diagnostic de la maladie? C'est ce qu'on peut juger d'après l'exposition détaillée de ces signes.

Le docteur Walshe commence par établir une division fondamentale d'après l'inspection des parois de la poitrine , entre les cas où le côté correspondant est dilaté et ceux où il ne l'est point. La dilatation ne se rencontre jamais quand il n'y a qu'infiltration de la matière cancéreuse dans les poumons :

1° Cas de cancer infiltré du poumon, seul ou combiné à des masses cancéreuses qui n'ont pas assez d'extension pour amener la dilatation du côté.

Le côté affecté est rétracté; les mouvements d'expansion et d'élévation sont diminués; les espaces intercostaux sont plus grands que dans l'état naturel. La main, appliquée sur cette partie de la poitrine, sent une diminution d'intensité dans les vibrations produites par la voix et la toux. Par la mensuration, on constate une diminution de la mesure demi-circulaire de la paroi. La percussion fait entendre un son mat et de courte durée. Le doigt qui percute donne la sensation d'une résistance marquée. Les phénomènes de la respiration consistent en un bruit de souffle, d'abord marqué, mais qui, à mesure que la matière cancéreuse envahit et oblitère les bronches , s'affaiblit et finit presque par disparaître. De ce côté, la voix et la toux sont retentissantes. Les bruits du cœur s'y transmettent avec plus d'intensité. Du côté sain, la respiration est exagérée.

Quand la matière cancéreuse a commencé à se ramollir, le son peut devenir, à la percussion, plus clair et la résistance des parois être moindre. L'auscultation fait percevoir une respiration caverneuse et des râles humides de même nature.

Parmi ces signes, la rétraction du côté malade peut aussi appartenir à un cas de pleurésie chronique où la résorption progressive du liquide aurait amené l'affaiblissement des parois du thorax ; mais le docteur Taylor fait remarquer que, dans cette dernière affection, plusieurs des espaces intercostaux sont généralement effacés, tandis que dans l'affection cancéreuse, il y a plutôt élargissement de quelques-uns de ces espaces.

Admettons que cette distinction soit toujours aussi nettement tranchée que l'affirme le médecin anglais; mais, quant aux signes donnés par la percussion et l'auscultation, quelle différence ceux que nous venons de rapporter présentent-ils avec les signes qui se rapportent aux tubercules? Ne semblerait-il même pas qu'ils ont plutôt été établis *à priori* que par l'observation directe? Nous préférons encore la remarque suivante, du docteur Taylor, toute négative qu'elle est : dans un cas semblable, il inclinait à diagnostiquer un cancer, parce que, trouvant le poumon induré dans toute son étendue, il ne pouvait supposer une aussi grande quantité de tubercules réunis, sans que quelques-uns ne commençassent à donner les râles propres au ramollisment; une pareille supposition , toute hasardée qu'elle est, prend de la consistance quand elle se trouve corroborée par d'autres phénomènes importants, tels surtout que la présence de tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps, ou des symptômes de compression , caractérisés par la dilatation des veines jugulaire, axillaire , mammaire; une notable différence dans le pouls d'une des radiales , l'œdème du bras correspondant, du cou, d'une portion de la face, la saillie des globes oculaires qui, jointe au gonflement du cou et de la face , donne au malade l'apparence d'un asphyxié par strangulation; la dysphagie.

2° Le cancer du poumon ou de la plèvre a-t-il produit une dilatation du côté? Celui-ci a subi un agrandissement plus ou moins considérable, les espaces intercostaux sont élargis, plats et même convexes ; les mouvements en sont complétement abolis ; la main, toutefois, ne peut y saisir aucune fluctuation. La

matité extrême, donnée par la percussion, ne varie point de place, quelque position qu'on donne au malade. On entend une expiration plus soufflante encore que dans le cas précédent. La voix retentit avec une telle intensité qu'on peut croire quelquefois à la pectoriloquie. Le cœur et le médiastin sont repoussés, et le diaphragme déprimé dans sa partie correspondante. On a quelquefois senti une pulsation particulière dans la partie malade. Le docteur Stokes, qui a observé dans un cas ce phénomène, l'attribue moins aux vaisseaux développés dans l'encéphaloïde qu'aux battements communiqués par l'artère pulmonaire que comprimait la tumeur.

Aucun des auteurs n'a parlé du traitement, et nous ne pouvons, avec le critique anglais, que les en féliciter.

EXAMEN CRITIQUE *de l'article* 1er *de la loi de* 1838, *relative aux aliénés*, par M. Falret, *médecin en chef de la Salpêtrière.*

M. Falret, en ouvrant cette année le cours clinique sur l'aliénation mentale, qu'il fait avec tant de succès à la Salpêtrière, a présenté des considérations philosophiques et pratiques d'un grand intérêt sur le sort des aliénés. Rappelant avec une juste admiration les diverses améliorations introduites dans la position des aliénés par Pinel, Esquirol, etc., M. Falret indique tout ce qu'il y a à faire encore pour cette classe si intéressante de malades. Dans ce but, il insiste d'une manière toute particulière sur la révision de l'article 1er de la loi de 1838, relative aux aliénés. D'après cet article, chaque département est tenu d'avoir un établissement destiné à recevoir et à soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département, *soit d'un autre département.*

M. Falret s'élève avec force et avec juste raison contre la dernière clause de l'article précédent. « En effet, dit-il, loin d'être traités comme les autres malades, dans des asiles élevés dans leurs départements respectifs, à portée des influences locales, des relations souvent utiles pour leur traitement, toujours nécessaires pour l'activité de l'esprit de famille, les aliénés pauvres peuvent être et sont en effet envoyés au loin et confiés aux soins intéressés d'une administration étrangère, publique ou privée. Ainsi, ils sont hors du droit commun, ils sont dans une position exceptionnelle, et cette exception, unique dans le code de la charité publique, est un grand mal, source de beaucoup d'autres maux. »

Nous nous joignons à M. Falret pour signaler cette imperfection de la loi de 1838 aux médecins qui, par leur influence sur les membres des conseils généraux, peuvent en atténuer les funestes conséquences.

(*Expérience.*)

TRAITEMENT PRÉSERVATIF DE LA SCARLATINE.

M. le docteur Godelle, médecin à l'Hôtel-Dieu de Soissons, croit fortement à l'action préservative de la belladone dans les épidémies de scarlatine. Il rappelle d'abord que le résultat en a paru si évident en Allemagne que les autorités en ont plusieurs fois recommandé l'usage.

Les préparations usitées sont :

1° Extrait de belladone récemment préparé................ 0,10 à 15 centigr.
Eau distillée........... 30 grammes.

Donner aux enfants d'un an et au dessous, matin et soir, deux à trois gouttes ; aux enfants de deux ans trois à quatre gouttes, et augmenter ainsi progressivement avec l'âge, sans dépasser quinze gouttes chez les adultes ;

2° Racine de belladone en poudre............... 10 à 15 centigr.
Sucre en poudre........ 8 grammes.
En 60 doses.

Deux à trois doses pour les enfants d'un an et augmenter avec l'âge des sujets comme plus haut.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire observer que les expérimentations de moyens préservatifs, contre les maladies contagieuses, laissent toujours quelque incertitude dans l'esprit, à moins qu'elles ne soient répétées sur une très large échelle et un très grand nombre de fois. Des maladies éruptives contagieuses, la scarlatine est celle qui paraît posséder cette propriété à un moindre degré. Assez souvent la scarlatine éclate dans une salle d'hôpital, dans une réunion d'enfants, elle attaque plusieurs sujets en quelques jours ; puis, aussi brusquement qu'elle avait fait invasion, elle s'arrête dans sa marche. Si le médecin a employé le moyen préservatif, il croit avoir une expérience concluante; mais combien de fois aussi n'avons-nous pas vu la maladie s'arrêter d'elle-même sans qu'aucune précaution particulière eût été employée? Ce qui, nous l'avouons, contribuerait à diminuer à nos yeux la valeur des expérimentations de M. Godelle sur la belladone comme moyen préservatif, c'est que cet honorable médecin a trouvé un autre préservatif non moins puissant ; or cette multiplicité de remèdes aussi efficaces est plus propre à étonner qu'à convaincre.

Le nouveau moyen préservatif est l'acide hydrochlorique en gargarisme et en limonade.

Le gargarisme est composé :

Eau simple.......... 125 grammes.
Acide hydrochlorique. 24 à 48 gouttes.
Sirop de mûres....... 30 grammes.

La limonade :

Eau simple.......... 1 litre.
Acide hydrochlorique. 2 à 4 grammes.
Sucre, quantité suffisante.

La dose de l'acide sera graduée d'après l'âge des sujets.

(*Revue médicale.*)

AORTITE.

Le docteur Steinthal, de Berlin, a rapporté un fait d'aortite *simple idiopathique* qui mérite d'être signalé, bien qu'il soit fort incomplet.

Le 7 octobre 1839, un homme jeune et robuste se plaignit tout à coup d'anorexie, de lassitude, de gêne dans la respiration. Il n'y avait pas eu de garderobes depuis plusieurs jours ; on prescrivit un purgatif énergique qui détermina plusieurs évacuations, lesquelles furent suivies d'un soulagement marqué. A l'exception de la lassitude et de l'anorexie qui persistèrent, le malade se trouvait bien. Dans la nuit du 15 octobre, il survint tout-à-coup du délire, une grande agitation et une dyspnée extrême. Le docteur Steinthal, appelé à la hâte, pratiqua une saignée qui n'eut d'autre effet que de diminuer un peu la gêne de la respiration. Le sang se couvrit d'une couenne légère.

Le lendemain, chaleur, soif, fièvre, retour de la dyspnée. — Seconde saignée. — Le soir, on ne compte plus que 32 inspirations par minute.

Le 17 octobre, vers minuit, le malade ressentit pendant une demi-heure une chaleur extrême, et au bout de ce temps la difficulté de la respiration devint telle que l'asphyxie paraissait être imminente. Le docteur Steinthal fut appelé : à son arrivée, le malade commençait à respirer plus facilement, cependant on comptait encore 52 inspirations par minute; le pouls était tellement fréquent qu'on ne pouvait compter ses pulsations. — Troisième saignée.

Le 18, retour de tous les accidents de la nuit précédente. — Quatrième saignée qui ne produit aucune amélioration.

Le 19, à midi, on comptait 64 inspirations par minute.—Mort à 2 heures et demie.

Autopsie. — Le poumon droit est parfaitement sain; le poumon gauche est gorgé de sang, mais il n'existe pas de pneumonie. Le cœur ne présente aucune altération. La surface interne de l'aorte, depuis l'origine de l'artère jusqu'à sa crosse, présente une couleur rouge uniforme et très vive. Tous les autres organes sont sains.

(*Schmidt's Jahrbücher*, 1843, n° VII.)

DE LA COCHENILLE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

Le docteur Cajetan Wachtl, de Vienne, a traité neuf enfants affectés de coqueluche par la cochenille, qu'ont déjà préconisée quelques médecins anglais ; le médicament a été administré à toutes les périodes de la maladie, et son efficacité a été si instantanée, si constante que, malgré le petit nombre des faits, M. Wachtl se croit autorisé à proclamer la cochenille le *spécifique* de la coqueluche. Nous craignons qu'une observation plus suivie ne justifie point les assertions de notre confrère; mais les observations suivantes sont cependant de nature à être prises en considération.

Observation Ire. — Une petite fille de huit ans, faible, lymphatique, avait jusqu'à 60 quintes dans les vingt-quatre heures; la face et les extrémités étaient le siége d'un œdème assez marqué ; — fièvre,—respiration gênée, —crachats striés de sang. Le cinquième jour de l'administration de la cochenille, l'enfant n'eut plus que deux ou trois quintes; le onzième jour, la guérison était complète.

Observation IIe. — Trois enfants de la même famille commencèrent l'usage de la cochenille au 14e jour de la maladie ; ils furent guéris le 21e jour.

Observation IIIe. — Une petite fille de dix mois avait régulièrement 9 quintes dans les vingt-quatre heures; la cochenille fut administrée. Le lendemain, 5 quintes; le quatrième jour, 2 quintes; le cinquième jour, guérison complète.

Observation IVe.—Un garçon de dix ans, parvenu au déclin de la maladie, avait encore 4 ou 5 quintes dans les vingt-quatre heures ; on lui donne le soir une première dose de cochenille; le lendemain, 2 quintes seulement; le troisième jour, la coqueluche avait disparu.

Observation Ve.— Chez un enfant de quatre mois, cinq doses de cochenille suffirent pour amener la guérison.

Voici la préparation mise en usage par le docteur Wachtl : R. cochenille, 10 décigrammes; sucre, 32 grammes. Faites dissoudre dans 192 grammes d'eau tiède. — A prendre, trois cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

La solution ne peut pas être conservée pendant plus de 36 ou 48 heures; au bout de ce temps, elle prend une couleur brune et une saveur acide qui ne permettent plus d'en faire usage.

(*Oesterr : Med. Jahrb., octobre* 1842.)

EMPLOI DU CAOUTCHOUC POUR ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES PRODUITES PAR LES PIQURES DE SANGSUES.

Les piqures de sangsues, dit le professeur Berthold (de Gottingen), donnent plus fréquemment lieu qu'on ne le pense, chez les

enfants et même chez les adultes, à des hémorrhagies graves et même mortelles. Il serait facile d'ajouter, à l'appui de cette assertion, un nombre considérable de faits à ceux qu'a réunis M. Joly (*Nouvelle bibliothèque médicale, août* 1827). Les différents moyens qui ont été proposés pour arrêter ces écoulements de sang sont insuffisants (*agaric, colophane, tabac*, etc.) ou d'une application difficile (*ligature, cautérisation*), et je crois rendre service aux praticiens en leur indiquant un procédé qui réussit constamment et qui permet d'arrêter *instantanément*, et aussitôt qu'on le juge convenable, l'écoulement sanguin.

Voici le moyen employé par M. Berthold : on coupe un morceau de caoutchouc d'une ligne d'épaisseur et de cinq lignes de long et de large; on approche l'une de ses faces de la flamme d'une bougie, de manière à en faire fondre la superficie; on la laisse alors refroidir, on la frotte doucement sur du papier Joseph, pour la rendre égale, et on l'applique sur la piqûre, après avoir eu le soin de comprimer celle-ci pendant quelques instants avec le doigt et d'essuyer le sang. On recouvre le petit morceau de gomme élastique d'une bande de toile de diachylon, et l'on n'enlève le petit appareil qu'au bout de douze ou de vingt-quatre heures.

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

Potion contre la dysenterie (Requin).

Eau de Tilleul.......... 100 grammes.
Sirop d'opium........... 30
Blanc d'œuf............. n° 2.

F. s. a. à prendre par cuillerée à bouche dans le courant de la journée.

Sirop vermifuge (Cruveilhier).

Séné............... ⎫
Rhubarbe............ ⎪
Semen contra........ ⎪
Mousse de Corse...... ⎬ *aa* 5 grammes.
Tanaisie............. ⎪
Petite absinthe....... ⎪
Absinthe marine...... ⎭

Faites infuser dans eau q. s., pour obtenir collature.................. 250 grammes.
Ajoutez sucre........... 500

Faites fondre à une douce chaleur ; passez. Dose, une cuillerée à bouche chaque matin.

Elixir purgatif de Clary.

Scamonée............... 20 grammes.
Jalap................... 20
Rhubarbe............. ⎫
Calamus aromaticus... ⎬ *aa* 5
Genièvre............. ⎭
Nitrate de potasse....... 10
Sucre.................. 250
Alcool a. 18°............ 1000

F. s. a. Dose, une ou deux cuillerées à bouche.

Cette formule a été donnée pour remplacer l'*élixir anti-glaireux de Cuillié.*

Bols contre le goître (Righini).

Charbon animal purifié.... 20 grammes.
Gomme arabique......... 10
Iodure de potassium...... 5
Cannelle de Ceylan....... 1
Sirop d'écorce d'orange... q. s.

F. s. a. 30 bol. On donne un de ces bols le matin, un autre le soir, en recommandant au malade de le laisser diviser et fondre dans la bouche.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, par MM. Barthez et Rilliet, *docteurs en médecine, anciens internes de l'hôpital des Enfants*, etc., 3 volumes in-8°. — Paris, *Germer-Baillière*, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17. — Prix : 21 francs.

La plupart des bons travaux qui ont été publiés en France sur les maladies des enfants ont été faits par des internes des hôpitaux de Paris. Ce fait, qui se démontre de lui-même quand on cite les noms de Billard, de De La Berge, de MM. Rufz, Barrier, Valleix, etc., nous donne en même temps la raison de cet autre fait, c'est que les différents travaux des observateurs précédents traitent presque uniquement de l'histoire anatomique et du diagnostic des lésions morbides chez les enfants. Qu'est-ce, en effet, que le traité de Billard, sinon le *Sepulchretum*, ou, pour me servir

encore de l'expression singulière de Théophile Bonet, l'*Anatomie pratique* des enfants à la mamelle?

On comprend tout naturellement cette spécialité de recherches, car les élèves internes ayant pour fonctions propres de préparer le diagnostic des malades, et d'opérer les investigations cadavériques, il leur est facile d'acquérir et d'approfondir des idées sur ces deux points de la science médicale. Il n'en est pas de même de la thérapeutique, qui appartient pour ainsi dire tout entière au chef de service; l'élève interne, ne pouvant pas la diriger, ne peut pas modifier ni travailler ses idées à ce sujet.

MM. Barthez et Rilliet, tous deux internes distingués de l'hôpital des Enfants, ont suivi cette ligne si naturelle d'observation marquée par leurs laborieux devanciers. Mais, cependant, il est juste de dire que si le *Traité* que nous annonçons est basé en grande partie sur des recherches d'anatomie pathologique et de diagnostic anatomique, il contient de bonnes idées générales sur la marche, la succession et la combinaison des maladies chez les enfants. On y trouve des détails circonstanciés sur la pratique des médecins de l'hôpital des Enfants, avec la reproduction de leurs formules les plus généralement employées. Nous croyons devoir insister sur cet important avantage de l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet, car on sait que la thérapeutique a été singulièrement négligée dans tous les traités généraux, pendant cette période où nous avons vu l'anatomie pathologique prendre complétement la place de la médecine.

La classification adoptée par MM. Barthez et Rilliet est celle de Pinel un peu modifiée. Toutes les maladies y sont rangées en huit classes, qui sont : les *phlegmasies*, les *hydropysies*, les *hémorrhagies*, les *gangrènes*, les *névroses*, les *fièvres continues*, les *tuberculisations*, les *entozoaires*.

Les auteurs avouent avec regret qu'ils n'ont pas donné une place spéciale, dans leur classification, aux fièvres intermittentes, ni aux affections anémiques; nous le regrettons vivement, avec eux, surtout pour l'anémie qui est un état pathologique aussi fréquent et aussi important à connaître chez l'enfant que chez l'adulte.

Les bornes de notre analyse nous empêchent de pénétrer dans chacune des classes que nous venons d'énumérer. Nous recommandons particulièrement les *tuberculisations*, qui occupent la plus grande partie du troisième volume; les *phlegmasies*, les *gangrènes* et les *fièvres continues*, toutes classes sur lesquelles portent d'une manière particulière les recherches de MM. Barthez et Rilliet.

Ce traité est le répertoire le plus complet et le mieux fait que nous possédions sur les maladies des enfants. Tous les travaux les plus importants, publiés en France et à l'étranger, y sont rapportés et commentés. Il ne faut pas oublier surtout de dire que ce traité est pratique, et qu'il indique un retour à la thérapeutique; sous ce rapport, il satisfait au revirement salutaire des esprits qui commencent à s'apercevoir avec étonnement que, pendant douze ou quinze ans, la médecine a eu plutôt pour but de faire l'histoire naturelle des lésions morbides que de guérir les malades.

TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, par M. ORFILA, *doyen et professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc.*—2 vol. in-8°, 4me édition, revue, corrigée et augmentée, chez Fortin-Masson et comp., libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

Les œuvres classiques de notre science n'ont point en général un règne bien long, comparable, par exemple, à la longévité des œuvres littéraires. Cela dépend en grande partie des progrès de la science, ultérieurs à ces publications, que les auteurs ne cherchent point à mettre plus tard au niveau des dernières découvertes, par de nouveaux travaux ou par des additions utiles. Souvent aussi le temps ou l'activité manquent aux médecins pour retoucher les premiers travaux, qui ont cependant fondé leur renommée.

L'ouvrage éminemment classique, dont nous rendons compte, loin d'avoir perdu de son importance, de son actualité, depuis sa première apparition dans le monde médical, a au contraire grandi dans l'estime publique à chaque édition successive. Mais aussi M. Orfila, avec une ardeur infatigable, s'est attaché à perfectionner son travail par d'incessantes recherches, qui souvent l'ont conduit à des résultats destinés à étendre le champ déjà si vaste de la toxicologie.

Ainsi, depuis la publication de la troisième édition, l'auteur a étudié sous un point de vue nouveau la partie médico-légale de l'intoxication produite par les principaux poisons, afin de donner aux experts les moyens de les déceler dans les cas où il serait impossible d'en constater la présence dans les selles, dans les matières vomies ou dans celles que l'on trouve dans le canal digestif après la mort. C'est dans le sang et les autres liquides de l'économie, ainsi que dans les organes plus ou moins éloignés du premier point de contact du poison, que M. Orfila a été rechercher la substance toxique disséminée, perdue, à la suite de son absorption, dans les diverses parties de l'organisme.

On comprend aisément toute la portée de pareilles recherches, qui ne laisseront plus impunis quantité d'empoisonnements, que

l'analyse chimique n'avait pu déceler jusqu'à présent, faute de procédés assez exacts pour découvrir et saisir les moindres parcelles de subtances vénéneuses introduites dans l'économie.

L'auteur a également apporté dans cette quatrième édition de grands changements aux procédés indiqués jusqu'à ce jour pour découvrir les substances vénéneuses qui auraient été mêlées ou combinées avec des matières organiques ou qui auraient été décomposées par elles. Ce travail, poursuivi sans relâche depuis plusieurs années, en ouvrant une nouvelle voie à la médecine légale, a encore permis à M. Orfila de simplifier la plupart des procédés dont il parle, et de donner aux opérations analytiques un degré de précision et de certitude qu'elles n'avaient pas jusqu'alors. Ainsi, par exemple, il est parvenu, à l'aide d'*un même procédé* (la carbonisation par l'acide *azotique*), à constater facilement dans les organes et dans les matières solides des individus empoisonnés la présence du cuivre, du plomb, de l'étain, du bismuth, de l'argent, de l'or, etc.

La partie physiologique de l'empoisonnement devait également subir des modifications importantes dès qu'il est démontré que les poisons, après avoir été absorbés, existent *matériellement* dans les organes et notamment dans le foie, et qu'ils se retrouvent, au bout d'un certain temps, dans l'urine, liquide excrémentitiel avec lequel ils sont expulsés. Tout ce qui a trait à l'absorption, aux effets physiologiques, pathologiques des poisons, est traité avec une abondance de détails, qui fait de cette nouvelle édition une œuvre presque nouvelle.

Enfin les praticiens trouveront dans cette édition des données fort importantes sur la thérapeutique de l'empoisonnement; M. Orfila n'a rien négligé pour éclairer cette partie de la toxicologie, si négligée jusqu'à ce jour; expériences nombreuses sur les animaux, observations sur l'homme, tout a été mis à contribution pour agrandir nos connaissances sur ce point important de la pratique.

Tels sont les changements notables apportés par M. Orfila dans la 4e édition de son traité de toxicologie.

L'auteur continue toujours à diviser les poisons en quatre classes: 1° poisons irritants; 2° poisons narcotiques; 3° poisons narcotico-acres; 4° poisons septiques ou putréfiants.

Avant d'aborder l'histoire de chaque espèce de poisons, M. Orfila consacre un long article à l'étude de l'empoisonnement considéré en général. D'ailleurs il a adopté le même ordre pour l'exposition de tout ce qui a rapport à l'histoire de chaque variété ou espèce d'empoisonnement, il commence par indiquer l'action du poison sur l'économie animale, puis il signale les symptômes et les lésions de tissu qu'il détermine, ainsi que les médications dont il faut se servir pour combattre avantageusement les effets de la substance toxique; enfin il arrive aux recherches médico-légales, concernant le poison dont il trace l'histoire.

Ce cadre, largement rempli, permet à l'auteur de n'oublier aucun fait tant soit peu important concernant l'histoire de chaque espèce d'empoisonnement.

Les discussions nombreuses qui se sont élevées dans ces derniers temps sur l'empoisonnement par l'arsenic ont conduit M. Orfila à une étude approfondie et pleine d'intérêt sur ce sujet. Ses recherches ont eu le plus grand retentissement, et ont contribué puissamment à élucider l'une des questions les plus obscures et les plus importantes de la toxicologie. Aussi occupent-elles une place considérable dans l'édition dont nous essayons de signaler les principales particularités.

Nous regretterions vivement que les bornes de cet article nous défendissent d'entrer dans l'analyse des principaux chapitres de ce livre, si nous ne savions que tout médecin, jaloux de connaître l'état actuel de la science des poisons, voudra connaître par lui-même l'un des livres les plus remarquables de notre époque et qui a si grandement contribué à fonder et à constituer une science pour ainsi dire toute moderne, la toxicologie.

TRAITÉ PRATIQUE DE PERCUSSION, ou *Exposé des applications de cette méthode d'exploration à l'état physiologique et morbide;* par L. Mailliot, *membre de la Société anatomique de Paris;* 1 vol. in-12, chez J.-B. Baillère, rue de l'École-de-Médecine, 17.

M. Mailliot vient de publier un bon manuel de percussion, qui se distingue, par le fond, de la plupart des in-18, qui ont la prétention de résumer complétement et fidèlement la science contemporaine. M. Maillot ne s'est pas borné à faire un livre avec d'autres livres. Sans doute il a incorporé dans son ouvrage les meilleurs travaux publiés avant lui sur la percussion; mais son œuvre se distingue surtout par les recherches particulières auxquelles il s'est livré pour ajouter à nos connaissances sur ce moyen de diagnostic si précieux. Ce travail, conçu et exécuté sous le patronage de M. Piorry, sera accueilli avec faveur par les étudiants, et même par les praticiens. Les uns et les autres puiseront dans la lecture de ce manuel des notions qui facilitent l'étude de la percussion, et permettent de tirer un plus large parti de cette méthode exploratrice.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 4 juillet.)

Les assertions contradictoires se multiplient relativement à la loi d'antagonisme, formulée par M. Boudin. Ce dernier adresse une lettre à l'Académie pour prouver, par des exemples tirés de la Morée, de l'Algérie, des relevés de M. Chassinat, qu'il n'a nullement perdu de vue, dans ses travaux, le rôle que peut jouer l'humidité, mais que l'on ne saurait concéder à celle-ci l'action pathogénique et prophylactique que voudrait lui attribuer M. Fourcault.

« Quant aux chiffres fournis par M. Forget, ajoute M. Boudin, il me suffira, pour le moment, de faire remarquer que l'honorable professeur confond deux choses essentiellement distinctes, savoir : la présence de fièvres intermittentes à l'hôpital de Strasbourg, avec l'endémicité de ces pyrexies dans cette ville. En effet, Strasbourg possède dans son voisinage plusieurs points marécageux, tels que la citadelle et la Robertsu, lesquels n'ayant point d'hôpital sont bien forcés d'envoyer leurs fiévreux à celui de la ville. Or, il y aurait à démontrer, ce qui n'a pas été fait, *et ce qui ne se fera pas* : 1° que toutes les fièvres intermittentes traitées à la clinique de Strasbourg avaient été contractées dans le centre de la ville, et, 2° que la phthisie et la fièvre typhoïde sont aussi communes parmi les habitants de la citadelle que parmi ceux de la ville proprement dite. »

M. Boudin défend son terrain pied à pied, et il a d'autant plus raison que, jusqu'ici, il faut en convenir, l'exactitude et la précision semblent être de son côté.

La loi d'antagonisme, si elle était démontrée, constituerait l'un des grands faits pathologiques de notre époque : personne ne peut le nier. Puisque M. Boudin possède à cet égard des convictions qu'il croit solidement fondées sur des faits d'une valeur absolue, il ne faut pas qu'il abandonne la lice. A la *statistique* appartient, dans cette question, le droit de décider; mais il faut une statistique sérieuse, et les adversaires de M. Boudin doivent s'appliquer à placer leurs relevés au-dessus des interprétations.

Quant à nous, nous ne craignons pas d'avouer que notre opinion n'est pas encore formée; si la théorie nous inspire quelques craintes pour M. Boudin, l'expérience nous rappelle que les faits sont venus fréquemment renverser les spéculations les mieux établies. Encore une fois, une question de ce genre ne peut rester douteuse : nous attendons.

(Séance du 11 juillet.)

M. Voisin lit un mémoire sur l'*emploi du cautère actuel à la nuque dans la paralysie générale des aliénés*. L'auteur, qui a eu recours à ce moyen, après avoir été témoin d'un fait appartenant à M. Falret, dit avoir appliqué le cautère à dix malades : une seule fois le succès lui a fait défaut.

Le mémoire de M. Voisin est renvoyé à la commission chargée d'examiner le traitement appliqué par le même médecin aux enfants idiots. Nous attendrons le rapport de l'Académie.

(Séance du 18 juillet.)

M. Rayer, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport favorable à l'eau de mer filtrée et rendue gazeuse, que M. Paquier propose d'employer comme purgatif. M. Rayer a constaté que cette eau de mer agit plus énergiquement que l'eau de Sedlitz à 32 grammes, qu'elle n'a qu'une saveur salée fort supportable, et que son emploi ne présente aucun inconvénient.

(Séance du 25 juillet.)

M. Léon Marchand lit un mémoire sur une épidémie de pellagre, observée par lui en 1836; M. Devergie présente à l'Académie le pellagreux qu'il a dans son service.

Les descriptions et les malades vont affluer : il est vraiment étonnant qu'il suffise de mettre en évidence un fait nouveau pour faire naître instantanément une foule de faits semblables. La science ne gagne pas toujours à cette subite abondance de biens. (*Voir ci-dessous Académie des sciences, séance du 17 juillet.*)

M. Renault a inoculé à quatre chevaux du pus provenant d'animaux morveux, après l'avoir préalablement lavé et malaxé dans du chlorure d'oxide de sodium. Malgré cette manipulation, les chevaux inoculés ont été infectés et ont succombé à la morve.

La maladie communiquée occupait exclusivement les fosses nasales dans un cas; dans un autre, elle occupait les poumons; dans un troisième, les bronches. « Chose remarquable, dit M. Renault, le virus qui a produit la morve pulmonaire avait été fourni par un cas de maladie confinée dans les fosses nasales. » Cette circonstance mérite d'être signalée,

mais elle ne nous surprend nullement, et chacun sait que les *déterminations* différentes que peut présenter une même affection générale varient suivant certaines circonstances individuelles, indépendantes de la nature de cette affection. Si, comme le dit M. Renault, « la médecine cherche à établir les maladies, spécialement sur la considération de leur *siége*, » c'est du siége *primitif* qu'elle s'occupe.

La séance du 1er août a été toute chirurgicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 10 juillet.)

M. Moreau de Jonès cherche à établir que le chiffre moyen des aliénés, en France, n'est que 18,350, c'est-à-dire 1 aliéné sur 1,900 ou 2,000 habitants, suivant les époques. Ces chiffres, dit l'auteur, renversent un paradoxe piquant : celui qui consiste à soutenir que les progrès de la civilisation sont la cause des progrès de l'aliénation.

(Séance du 17 juillet.)

M. Théophile Roussel, interne à l'hôpital Saint-Louis, écrit à l'Académie qu'en juin 1842, au retour d'un voyage en Italie pendant lequel il avait eu souvent l'occasion d'observer la pellagre, il reconnut cette maladie sur un sujet dont l'état embarrassait beaucoup ceux qui l'examinaient, et qui se trouvait placé dans le service de M. Gibert; depuis, deux nouveaux pellagreux sont entrés à l'hôpital Saint-Louis; l'un, admis dans le service de M. Gibert, a succombé le 5 juillet; l'autre se trouve en ce moment dans le service de M. Devergie.

M. Roussel qui se contente, quant à présent, de signaler ces trois faits, annonce qu'il prépare un travail étendu sur la pellagre.

Jusqu'ici nous ne connaissons de la pellagre que son nom et quelques descriptions obscures et incomplètes. Si des faits authentiques, dans lesquels le diagnostic ne soit point douteux, viennent permettre de tracer une histoire détaillée de cette maladie, une fâcheuse lacune de la pathologie cutanée se trouvera comblée. Puisque M. Roussel a pu observer *la pellagre* en Italie, nous espérons que son travail reposera sur des bases solides, et nous l'engageons à se prémunir contre la facilité avec laquelle, dans les maladies de la peau, on peut créer des variétés et même des affections nouvelles.

« Le rapport des aliénés à la population, disait, en 1839, M. Brierre-de-Boismont (*Annales d'hygiène publique*, avril 1833, p. 241), est d'autant plus considérable que les nations ont atteint un plus haut degré de civilisation. » Cette proposition vient d'être remise en discussion à l'Académie des sciences par la notice de M. Moreau de Jonès, mais M. Brierre nous paraît avoir singulièrement modifié ses opinions premières.

Mon assertion ne s'applique *qu'aux abus*, dit aujourd'hui M. Brierre-de-Boismont, et il s'appuie alors sur l'autorité de Pinel, d'Esquirol, de MM. Parchappe, Guislain, Aubanel et Thore, etc., pour proclamer la prédominance des causes morales sur les causes physiques, dans le développement de la folie.

Mais M. Brierre-de-Boismont oublie qu'Esquirol a vivement combattu son opinion et il semble ne pas se rappeler davantage les paroles suivantes de M. Parchappe.

« Rien de moins fondé que l'opinion qui fait de l'aliénation mentale une maladie de la civilisation... dire que le nombre des aliénés est en raison directe des progrès de la civilisation, c'est dire que le perfectionnement social est une cause prédisposante de l'aliénation mentale; c'est avancer une opinion que les faits n'ont pas prouvée et que la raison repousse... Les progrès de la civilisation ont une influence complexe sur le nombre des aliénés qu'ils tendent à accroître par certains de leurs éléments, et à diminuer par d'autres. Que serait, en définitive, la résultante de ces forces diverses, à supposer que le progrès de la civilisation eût conduit l'état social aussi près que possible de la perfection? Je ne doute pas que le résultat définitif ne fût une diminution du nombre des aliénés, parce que le progrès social doit avoir pour résultat d'augmenter l'instruction, l'aisance, la moralité, de diminuer les habitudes vicieuses, de maîtriser les passions. » (*Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale*, pag. 62-63.)

M. Archambault, dans une introduction qu'il a placée en tête de sa traduction de l'ouvrage d'*Ellis* a longuement combattu la proposition de M. Brierre-de-Boismont et il nous paraît avoir complétement raison contre ce dernier. On attribue trop facilement à la civilisation des influences qui appartiennent à l'agglomération des hommes, à l'accumulation des richesses, aux vicissitudes de fortune, à la corruption des mœurs, aux excès sensuels, à des causes, en un mot, que les progrès de la civilisation doivent faire de plus en plus disparaître.

En envisageant la question de ce point de vue, il nous semble que le chiffre des aliénés existant en France, fût-il de 30,000, comme le veut M. Brierre-de-Boismont, n'a pas la signification qu'on voudrait lui attribuer; car, encore une fois, il ne faut pas confondre les causes morales avec la civilisation.

M. Ducros adresse un mémoire sur l'effet produit « *par la compression des nerfs faciaux entre l'angle de la mâchoire infé-*

rieure et l'apophyse mastoïde dans le traitement de plusieurs affections nerveuses. »

La seule conclusion pratique de ce travail sur laquelle l'expérience soit appelée à prononcer, est la suivante : « La compression des nerfs faciaux arrête les migraines, les tics douloureux sans état congestif; *certaines* syncopes, certaines éclampsies, certaines attaques d'hystérie et les attaques épileptiques precédées d'une *aura.* »

M. Donné lit un mémoire sur *le lait considéré sous le point de vue de l'économie domestique et de l'hygiène publique:* nous en reproduirons le passage suivant :

« En étudiant la constitution organique du lait, dit M. Donné, je suis arrivé à établir une analogie frappante entre ce liquide et le sang. Des deux côtés on trouve un sérum contenant en dissolution une matière spéciale azotée, spontanément coagulable, et un grand nombre de substances représentant tous les matériaux de l'organisme, et, en suspension, des particules concrètes d'une structure très complexe dans le sang, beaucoup plus simple dans le lait, que l'on désigne sous le nom de globules. Le lait doit en grande partie sa couleur blanche et mate à ses globules de matière grasse, comme le sang doit sa couleur à ses particules colorées. »

« En poursuivant l'analogie que je viens de rappeler, je suis arrivé à injecter des proportions considérables de lait dans les veines des animaux, et non-seulement ces injections d'un liquide qu'on ne peut appeler indifférent, n'apporte aucun trouble notable dans l'état et dans les fonctions des animaux (le cheval excepté, par une cause qui nous échappe); mais, suivant moi, les globules du lait jouent dans ce cas le rôle des globules chyleux, et se transforment, comme eux, directement en globules sanguins. »

M. Donné insiste ensuite sur la mauvaise qualité du lait qui sert à la consommation de Paris et principalement de celui qui est distribué dans les hôpitaux. « Que l'on parcoure les divers établissements où sont admis les malades pauvres, dit M. Donné, et l'on trouvera, si ce n'est partout, du moins dans la plupart d'entre eux, le lait tellement pauvre en éléments substantiels, qu'au lieu de donner 8 à 10 pour cent de crême, comme le lait moyen, il en fournit à peine 3 ou 4... Le lait donné en nature aux malades, aux convalescents, aux femmes en couches et aux enfants eux-mêmes n'est pas meilleur; *aux enfants,* dont cette substance est l'alimentation exclusive. »

Tous les ans les médecins des hôpitaux signalent la mauvaise qualité du lait donné à leurs malades; mais l'administration, au lieu de faire droit à d'aussi justes réclamations, élevées exclusivement dans l'intérêt des malades pauvres, refuse cette année d'imprimer le rapport de la commission médicale qu'elle a instituée.

VARIÉTÉS.

M. Pelletan, professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, a demandé et obtenu sa retraite. Sa chaire sera mise au concours le 4 novembre prochain.

MM. les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux de Paris se sont assemblés dernièrement pour nommer les membres de la commission annuelle qui doit signaler au conseil général des hospices les améliorations à introduire dans le service de santé. Les membres de cette commission sont : MM. Rayer, Kapeler, Baron père, Guillot, Velpeau, Laugier et Foy. L'assemblée a décidé que le rapport de la commission précédente serait imprimé à ses frais. Dans ce rapport, l'ex-secrétaire, M. Herteloup, s'élève avec force et avec talent contre l'arrêté du conseil, qui soumet les médecins et chirurgiens des hôpitaux à une réélection quinquennale.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue Mazarine, n° 32.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.,
Rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi ;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris ;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

SEPTEMBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelques mots sur la rougeole et sur les éruptions secondaires à la suite des fièvres exanthématiques ; *par* M. TROUSSEAU, *professeur de thérapeutique à l'École de Médecine de Paris.*

Il serait difficile de dire rien de nouveau sur la rougeole. Après les admirables monographies de nos devanciers, après les recherches anatomiques des médecins de notre époque, il semble que tout soit dit sur cette curieuse maladie.

Tout est dit en effet ; mais il importe de rappeler de temps en temps certaines vérités, ne fût-ce que pour les rendre triviales, car, par une fatalité déplorable, les choses les plus vraies en médecine et les plus simples, sont loin d'être monnaie courante.

Je dirai deux mots d'une rougeole qui a apparu dans une des salles de mon service à l'hôpital Necker.

Il y avait dans cette salle neuf petits enfants âgés de quinze jours à deux ans, atteints de diverses indispositions ; lorsque, dans le courant du mois de juin dernier, vint un dixième enfant âgé de dix-huit mois, au septième jour d'une rougeole qui venait de se compliquer d'une fluxion de poitrine. Quelque grave qu'eût été son état, grâce aux préparations antimoniales, et surtout aux vésicatoires, il entra en convalescence.

Douze jours après son admission dans la salle, et dans l'espace de six heures, cinq

enfants, d'âge et de sexe différents furent pris de la rougeole; quatorze jours plus tard et à un jour de distance l'un de l'autre, deux autres enfants furent atteints; des deux qui restaient, l'un, qui avait déjà eu la rougeole, ne fut pas malade, l'autre, âgé de quinze jours, sortit de l'hospice au sixième jour de la vaccination, et eut chez lui une varioloïde assez confluente, mais il n'eut pas la rougeole.

Ainsi, sur neuf enfants, sept sont atteints, un huitième ne pouvait pas l'être puisqu'une première attaque lui avait donné l'immunité et le dernier dut peut être à la vaccination et à la petite vérole, de n'avoir pas eu l'exanthème morbilleux. Jusque-là, rien que de très simple. Une maladie contagieuse est introduite dans la salle, elle s'y propage avec rapidité.

Ici la contagion rend compte des faits. Il n'y avait pas d'autres rougeoles à l'hôpital; aucune circonstance épidémique ne semblait exister, et la semence morbide, déposée dans l'organisme de tous les enfants de notre salle, s'est développée avec facilité. Mais j'appellerai l'attention sur une circonstance curieuse. C'est que, le même jour, dans l'espace de six heures, l'exanthème apparaît sur cinq de nos enfants, et cela, douze jours après l'arrivée du premier malade; puis, nous avons un intervalle de quatorze jours, après lequel sont pris les deux derniers. La résistance à l'influence contagieuse si différente chez les uns et chez les autres, est un fait bien commun dans les épidémies, mais qui n'en est pas moins inexplicable.

Certes, ceux qui ne sont pas partisans de la contagion de la rougeole, seraient mal venus à soutenir leur opinion en présence de cette petite histoire d'épidémie, mais ils vont triompher tout à l'heure; notre service d'enfants se renouvelait; bientôt les treize berceaux de la salle furent remplis, et ils le furent en partie pendant que nous avions en même temps malades nos cinq petits enfants qui avaient été atteints le même jour, et celui que nous regardions comme la cause de tout le mal. Mais lorsque ceux-ci furent guéris ou morts, il en revint d'autres en même temps que la rougeole de notre dernier enfant était dans toute sa force. C'était le cas ou jamais de contracter la maladie, le foyer de contagion était considérable, et cependant, *deux seulement de ces nouveaux enfants furent atteints par la rougeole.* Explique qui pourra une si inconcevable anomalie; mais, à défaut d'explications nous avons des faits du même ordre dans toutes les épidémies et non-seulement dans celles dont le génie contagieux est au moins douteux, mais aussi dans celles qui, comme la variole, se transmettent avec la plus grande facilité.

La même chose s'observe encore dans certaines maladies infectieuses, et j'en veux citer un exemple. A l'hospice de la Maternité de Paris, dix-sept femmes accouchent en deux jours. Toutes, sans exception, étaient mortes neuf jours après leur accouchement. Mais les autres femmes qui étaient accouchées la veille ou le lendemain n'éprouvèrent pas le plus léger accident. Ce fait curieux s'est passé sous les yeux de mes collègues à la Faculté, MM. Moreau et Cruveilhier.

En 1841, un enfant entre dans une de nos salles avec la coqueluche, en peu de jours tous les autres prennent la maladie. Deux fois la même facilité de transmission s'observe pour la petite vérole volante; et puis, dans vingt occasions différentes, des enfants atteints de coqueluche, de varicelle, de scarlatine, de rougeole, et même de variole, restent dans nos salles sans communiquer à un seul autre le mal dont ils sont atteints.

Disons-le franchement, les conditions d'évolution des semences contagieuses et épidémiques nous sont parfaitement inconnues. Mais il en est de même pour l'évolution de certains germes dans le règne végétal et dans le règne animal. Dans certains cas, nous sommes les maîtres de faire germer une graine ou un œuf, en le plaçant dans de certaines conditions d'humidité ou de température. Ainsi, quelle que soit la semence de légumineuses ou de graminées que nous placions dans de la terre humide à une température de vingt degrés, nous sommes sûrs de la voir promptement germer. Mais pour des noyaux de certaines drupes, ce sera vainement que nous les placerons dans une serre chaude et dans les conditions les plus propres à activer la végétation,

ils attendront, pour germer, l'instant que le Créateur a fixé pour leur germination. Et si par hasard les cotylédons de quelques-uns d'entre eux ne se sont pas ouverts à l'époque déterminée, ils attendront la même époque de l'année suivante, pour pousser leur racine vers la terre et leurs feuilles au dehors. Un phénomène du même genre se passe pour les chrysalides d'un papillon du genre bombyx. Des chrysalides, provenant de cocons filés à la même époque de l'année, conservées dans le même lieu, se métamorphoseront toutes, les unes, l'année suivante pendant le moins de juin, les autres, seulement la seconde année et pendant le même mois.

Après des faits de ce genre, qui sont si nombreux dans la nature, de quel droit nous étonnerons-nous en voyant des maladies contagieuses tantôt se transmettre avec une facilité extraordinaire, tantôt rester parfaitement sporadiques, bien que, en apparence, les conditions de transmissibilité, celles du moins qui tombent sous nos sens, nous paraissent identiques.

La petite épidémie dont nous venons d'être témoins, s'est présentée, avec quelques formes toutes spéciales, sur lesquelles la constitution médicale n'a peut-être pas été sans influence. Les médecins de Paris ont pu remarquer en effet qu'au printemps de cette année, et pendant l'été, il avait régné des maladies d'entrailles qui n'avaient d'ailleurs aucune gravité; et, tous nos petits malades, à l'exception d'un seul, ont eu pendant la fièvre d'incubation de la rougeole, et quelques-uns, lors même que l'éruption existait à la peau, une diarrhée très vive ou des vomissements qui, dans les premiers jours, ont mis le diagnostic tout à fait en défaut. Or, tandis que la principale scène se passait du côté de l'intestin, les voies respiratoires, ordinairement et si souvent irritées, ne prenaient que peu ou pas de part à la maladie; de sorte que le début de cet exanthème se rapprochait de celui de la scarlatine, plus que de celui de la rougeole.

Le larmoiement, l'éternuement, l'épistaxis, la toux férine, l'exaltation fébrile étaient à peine dessinés, et c'était à ce point que, soupçonnant la rougeole, et étant bien avertis de sa présence par les circonstances épidémiques où nous nous trouvions, nous ne pouvions pourtant nous empêcher de conserver des doutes. Si maintenant l'on rapproche le tableau de ces symptômes primaires de celui que présentent ordinairement les autres épidémies ou même les rougeoles sporadiques, on sera frappé d'une différence, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, devait être attribuée à la constitution médicale régnante. La durée de l'éruption elle-même a varié d'un à plusieurs jours chez quelques-uns de nos petits malades, les rougeurs ont duré chez quelques-uns près de trois semaines avec des caractères que j'indiquerai tout à l'heure.

Il est un préjugé répandu parmi les médecins et surtout dans les familles : c'est que la rougeole et la scarlatine sont d'autant moins meurtrières que l'exanthème est plus confluent. Il importe singulièrement de proclamer très haut que c'est là une erreur grave et funeste, car la confluence de l'éruption est mauvaise aussi bien dans la rougeole et dans la scarlatine que dans la variole. Je dirai tout à l'heure pourquoi, malgré les faits, l'opinion contraire a prévalu. A cet égard nos petits enfants sont rentrés dans la règle commune; tous ceux dont l'éruption a été discrète, ont facilement guéri et n'ont offert aucun accident. Trois de ceux dont l'éruption était confluente, ont eu une pneumonie fort grave, et ce que j'observe ici dans la petite épidémie qui vient de frapper une de nos salles, je l'ai presque toujours retrouvé dans ma pratique. C'est surtout pour la scarlatine que cela est évident, et tandis que les éruptions scarlatineuses qui se manifestent seulement à la gorge et qui apparaissent à peine à la peau, n'ont en général que peu de gravité; celles, au contraire, où se montrent une vive rougeur et la tuméfaction des téguments, sont aussi meurtrières que les varioles les plus confluentes.

Si je recherche maintenant les causes du préjugé contraire, je les trouve dans des phénomènes mal interprétés. On confond en effet trop souvent, la délitescence, avec la discrétion de l'exanthème.

Un enfant dont l'éruption est très vive vient-il à prendre une péripneumonie ou une pleurésie, l'éruption disparaît ou tout au moins pâlit sur tout le corps. Ce n'est pas ce

que j'appelle une éruption discrète ; je ne donne pas non plus ce nom, à l'éruption qui, à cause d'une complication survenant dès le début de la maladie, ne se fait pas ou ne se fait que peu. J'appelle rougeole discrète, celle qui, le premier et le second jour de la période d'éruption, n'envahit que modérément la face, le cou, le tronc et les extrémités, aucun accident ne venant se mettre à la traverse. Mais si de graves lésions antagonistes précèdent l'éruption ou la suivent de près, celle-ci, ou ne se développera pas, ou disparaîtra ; mais elle ne sera discrète qu'en vertu d'une condition morbide grave, et il est impossible qu'un médecin sensé ne voie pas l'immense différence qui sépare ces formes diverses de la rougeole. Nous avons eu précisément dans notre service et sur le premier enfant qui est entré dans les salles avec la maladie, un exemple de délitescence. Cet enfant avait une rougeole très belle et très serrée, il prit une pneumonie le second jour de l'éruption, et dès le lendemain presque tout avait disparu de la peau. Quand je dis que tout avait disparu de la peau, je n'entends parler que de l'exanthème dans la forme où nous le voyons ordinairement, mais la peau conservait des stigmates sur le caractère desquels je veux insister un instant.

Quand la rougeole a été très vivement colorée, elle laisse à la peau et surtout aux bras et aux jambes des marques qui persistent pendant un, deux et jusqu'à quatre septenaires. Ces marques occupent les points où les rougeurs morbilleuses avaient le plus d'intensité : peu apparentes quand l'enfant est calme, elles prennent une teinte beaucoup plus foncée quand la peau se colore durant les cris et l'agitation. Elles semblent occuper le derme lui-même, car elles ne disparaissent pas à la pression. Sont-ce des espèces d'ecchymoses? Je n'oserais résoudre cette question ; mais enfin je puis dire qu'elles m'ont paru liées à une forme relativement assez grave de la rougeole.

Ce que je disais tout à l'heure de la confluence de l'éruption et de son danger, me conduit à une conclusion pratique, déjà bien souvent formulée par les grands maîtres, mais fâcheusement oubliée par presque tous les médecins. Cette conclusion, c'est : *qu'il ne faut jamais, lorsqu'un exanthème a une forme discrète, donner au malade des stimulants généraux, dans le but de le rendre plus confluent.* Ce serait une pratique quelquefois dangereuse dans la rougeole simple, et le plus souvent mortelle dans la rougeole compliquée.

Si nous nous rappelons bien que, dans la rougeole à forme grave, l'éruption n'est discrète qu'à cause des phlegmasies thoraciques qui compliquent la maladie, nous comprendrons aisément que les excitants généraux, sous quelque forme qu'on les emploie, agissent bien plutôt dans le sens des phlegmasies accidentelles que dans celui de l'exanthème, et, dans ce cas, suivant le précepte de Sydenham, c'est bien plus aux antiphlogistiques qu'aux cardiaques qu'il faut avoir recours.

Ce que je dis des excitants généraux qui, donnant une fièvre artificielle, ne peuvent guères qu'exagérer les phénomènes des phlegmasies aiguës, sans produire des actes critiques, je ne puis l'appliquer aux excitants locaux qui peuvent fluxionner énergiquement une partie, sans retentissement fébrile, et je place en première ligne de ces excitants locaux, l'*urtication*, moyen si simple et pourtant si négligé.

Une jeune femme était conduite cet été dans mon service d'adultes : elle était au sixième jour d'une rougeole. L'éruption fut vive ; mais, le lendemain, il survint un catarrhe capillaire des plus intenses. Les émissions sanguines restaient impuissantes, et, le matin à la visite, nous trouvâmes la malade dans un état tel, que nous désespérâmes de sa vie. L'oppression était extrême, le pouls petit, serré, très fréquent. Je fis donner l'ipécacuanha, et dès que l'état demi-syncopal qui accompagne le vomissement fut passé, je fis faire de la tête aux pieds, une vigoureuse fustigation avec des orties. Ce fut vraiment un effet magique. Quelques heures après l'emploi de ce moyen héroïque, l'oppression avait cessé, la fièvre était presque nulle : la convalescence était commencée. Je recommande à mes confrères ce remède puissant.

En étudiant avec quelque soin, la succession des phénomènes qui s'offraient à nous dans la rougeole, nous étions frappés d'une chose, c'est de l'absence de desquammation.

La desquammation a été indiquée par presque tous ceux qui ont écrit sur la rougeole, comme un phénomène essentiel et qui était en quelque sorte la conséquence nécessaire de l'éruption. Or, il n'en est point ainsi chez les jeunes enfants. La desquammation s'observe à la face, où il faut une grande attention pour en découvrir les traces; mais, sur le corps on ne la voit que dans des cas extrêmement rares. J'avais déjà constaté ce fait dans ma pratique, et je m'étais persuadé chaque fois, qu'un cas exceptionnel s'offrait à moi; mais il a bien fallu me rendre à l'évidence et reconnaître que la desquammation furfuracée n'est pas un fait si commun chez les enfants, qu'il faille le considérer comme la règle, tout au contraire serais-je disposé à croire qu'elle ne se présente que dans les cas les plus rares.

Il me reste maintenant à parler des éruptions secondaires de la rougeole, c'est-à-dire de ces espèces d'exanthèmes que l'on voit apparaître si souvent dans le cours de la convalescence de la maladie.

Il est un autre préjugé, très généralement répandu parmi les personnes étrangères à notre profession, préjugé que partagent même un assez grand nombre de médecins, savoir : que chez les enfants, lorsqu'une maladie éruptive n'est pas bien sortie, elle reparaît, deux, trois ou quatre semaines plus tard, pour accomplir alors ses périodes. Je ne nie pas, que des exanthèmes aient pu, dans quelques circonstances, être arrêtés dans leur évolution par une maladie intercurrente, et que, celle-ci ayant cessé, ils ne se soient alors librement développés. Ces faits pourtant sont assez rares pour qu'ils se présentent à peine une fois dans la vie d'un médecin; ils ne répugnent pourtant pas à des observations analogues faites, par exemple, dans les maladies aiguës. Quelquefois, en effet, un vésicatoire ou un sinapisme qui n'avaient paru nullement agir, pendant le cours d'une affection cérébrale, s'enflamment tout à coup plusieurs jours après leur application, alors que les accidents nerveux se sont dissipés.

On peut jusqu'à un certain point rapprocher de ce fait celui que j'indiquais tout à l'heure, en parlant des exanthèmes. Mais qu'une rougeole, qu'une scarlatine ou qu'une variole, après s'être manifestées à la peau d'une manière évidente, restent en quelque sorte cachées dans l'économie pour reparaître un peu plus tard avec leurs caractères naturels, c'est une chose que je ne veux pas absolument contester, mais qui me semble devoir être bien rare. Il n'est pas d'opinion un peu générale qui n'ait quelque fondement; et en suivant avec soin, la série de phénomènes qui se passaient chez les enfants qui avaient eu la rougeole, je suis arrivé à comprendre comment s'est probablement établi le préjugé auquel je fais allusion.

On a l'habitude, et cette habitude est bien pernicieuse, de couvrir démesurément les enfants atteints de maladies éruptives, non-seulement pendant la période aiguë de l'exanthème, mais encore, alors que tout semble être terminé du côté de la peau. Il en résulte que l'enveloppe cutanée devient un centre de fluxion et se couvre d'efflorescences diverses qui peuvent en imposer pour des maladies éruptives.

Lorsque la peau, chez un enfant bien portant, est continuellement baignée de sueur, il survient presque toujours des éruptions, lors même que la santé est parfaite. J'ai bien souvent fixé l'attention des personnes qui suivent ma clinique sur ce fait curieux ; et, cette année encore, lorsqu'il survenait de vives chaleurs, presque tous les enfants qui étaient dans mes salles, ceux qui étaient bien portants, comme ceux qui étaient malades, avaient des éruptions qui occupaient plus spécialement les parties du corps qui reposaient sur les matelas et sur les oreillers. Ce n'était d'abord qu'une rougeur diffuse, semblable à celle qui anime le visage des personnes échauffées ou par la fièvre ou par un exercice un peu violent. Plus tard, c'était une rougeur qui persistait, même après le réveil de l'enfant et lorsqu'il n'avait plus chaud. Dans d'autres cas, on voyait sur le corps des rougeurs jusqu'à un certain point analogues à celles de la rougeole et de la scarlatine ; mais le troisième ou le quatrième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, on voyait surgir une multitude de petits boutons comme ceux qu'on aperçoit sur la peau d'un petit oiseau nouvellement plumé, et ces petits boutons n'étaient rien autre chose que des vésicules

presque imperceptibles d'abord, et prenant ensuite un plus grand volume, se remplissant de sérosité lactescente, se réunissant par groupes pour former des bulles plus ou moins irrégulières, plus ou moins volumineuses et se terminant par une large desquammation. Cette forme d'éruption, que l'on peut à bon droit appeler *sudorale,* se modifiait notablement si la santé de l'enfant était mauvaise, et surtout si celui-ci avait déjà de la tendance à la suppuration manifestée par des gourmes.

L'éruption *sudorale* était alors plus vive, plus confluente et s'accompagnait très fréquemment de pustules ou de furoncles.

Cette éruption n'avait en général rien de grave, si l'enfant était bien portant; mais, ainsi que je viens de le dire, s'il était malade, si surtout il portait quelques suppurations, l'éruption pouvait prendre une certaine gravité.

Si maintenant nous voulons jeter autour de nous un coup d'œil plus général, nous verrons que dans un grand nombre de maladies qui sont remarquables par une altération morbide de la composition du sang, les sueurs provoquent ordinairement un exanthème; le même phénomène s'observe à la suite de l'emploi d'un certain nombre de médicaments. Ainsi, à la suite de l'accouchement, à la suite des fièvres de suppuration, lorsque l'on a pris du mercure, de l'opium, des solanées vireuses, de l'iodure de potassium, la peau devient le siége d'éruptions diverses, quelquefois exanthémateuses, quelquefois papuleuses ou vésiculeuses.

Si l'on veut se rendre compte de cet accident, on en trouve l'explication facile dans l'altération des produits de la sécrétion cutanée. Le sang qui charrie des éléments nouveaux, repris soit à la surface de l'utérus, dans l'état puerpéral, soit à la surface d'une plaie, dans la fièvre hectique, doit nécessairement imprimer aux sécrétions et surtout aux grandes sécrétions quelques qualités nouvelles. La sueur, qui traverse le derme et qui séjourne sur la peau chargée de principes hétérogènes, doit l'irriter au même titre que des urines chargées de certains principes médicamenteux irritent le canal de l'urèthre; de là les éruptions diverses que nous observons si souvent; et la peau qui d'abord n'avait été le siége que d'une exhalation sudorale, modifiée dans quelques-uns de ses principes et qui dans l'origine avait pu, sans en être offensée, supporter un contact passager, s'enflamme vivement si le contact est prolongé, et il en résulte des exanthèmes douloureux et fébriles, lesquels sont véritablement l'effet de la sueur.

C'est de cette manière qu'il faut comprendre l'évolution de certaines maladies de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Si la supersécrétion se fait à la surface de l'intestin, au lieu de se faire à la peau, il en résulte une diarrhée primitive qui ne sera pas plus inflammatoire que la sueur ne l'était tout à l'heure; mais, la sécrétion continuant, il se produira une phlegmasie gastro-intestinale, comme ailleurs une inflammation cutanée; la diarrhée que l'on observera alors deviendra inflammatoire, tandis qu'elle n'était auparavant que *sudorale*, si je puis m'exprimer ainsi. Supposons maintenant la persistance des mêmes phénomènes, et il surviendra une diarrhée colliquative corrélative des sueurs colliquatives; mais comme la membrane muqueuse intestinale se fluxionne et s'enflamme plus aisément que la peau, les phlegmasies de l'iléon et surtout celles du colon prennent un caractère de gravité et de chronicité qu'on n'observe pas pour les maladies de la peau que l'on doit rapporter à la même cause.

Il me semble superflu d'insister davantage sur la pathogénésie de ces éruptions cutanées; j'abandonne volontiers à la dispute des pathologistes le mécanisme de ces phénomènes, mais, restant dans le fait, je veux l'étudier dans ses rapports avec une question très controversée et sur laquelle les détails que j'ai donnés précédemment pourront jeter quelques lumières.

S'il est évident que l'exagération de la sueur, même chez un enfant bien portant, peut amener une éruption cutanée, qui, observée superficiellement, ressemble à la rougeole, à plus forte raison le même phénomène se produira-t-il, si une affection de cause interne, dans laquelle le sang est nécessairement vicié, existe en ce moment, ou bien, vient de se manifester. Ce ne sera pas une raison pour croire à l'existence d'une maladie éruptive;

et, si l'on veut y regarder de près, on constatera bien aisément la distance énorme qui sépare la pyrexie exanthématique de l'éruption secondaire. La différence existe, non-seulement dans l'expression générale, mais encore dans l'expression locale. Jamais nous n'avons vu les éruptions secondaires de la rougeole s'accompagner des symptômes qui constituent la fièvre d'ébullition; et si quelques-uns de ces symptômes, comme la toux, le coryza, les saignements de nez, venaient à se montrer, ils ne différaient pas de ceux que l'on observe dans les catarrhes ordinaires; on ne voyait pas surtout cette fièvre véhémente, qui précède immédiatement et accompagne l'explosion de l'exanthème. Quant à l'éruption en elle-même, son siége et sa forme la séparaient plus nettement encore de la rougeole, tandis que, dans l'exanthème contagieux, l'efflorescence commence par la face et le cou, puis s'étend au tronc, et enfin aux extrémités; l'éruption secondaire a pour siége principal, le dos, le côté de la face sur lequel l'enfant se couche le plus habituellement, le pli des cuisses et celui des bras, en un mot, les parties où la sueur se secrète, et séjourne le plus abondamment. Si maintenant on étudie de près la nature élémentaire de cette éruption, on reconnaît facilement qu'elle est presque exclusivement vésiculeuse, et qu'elle ressemble plus aux eczémas aigus, déterminés, par exemple, par l'application de la poix de Bourgogne, qu'aux taches de la rougeole. La persistance de cette éruption est quelque chose de plus caractéristique encore, car l'eczéma peut durer, dans des cas fort rares il est vrai, des semaines entières, en s'accompagnant de suintements séreux, de développements de pustules; et, à la suite, on voit presque toujours survenir de larges desquammations, tandis que, dans la rougeole, la desquammation est, ainsi que je l'ai dit plus haut, très difficile à constater chez les enfants, si ce n'est à la face.

D'un autre côté, les complications serviraient à distinguer des états morbides si essentiellement différents. Les accidents thoraciques sont en effet très communs à la suite de la rougeole comme les maladies du rein, les hydropisies à la suite de la scarlatine, et jamais rien de semblable ne s'observe dans les éruptions secondaires. Ce n'est pas que l'on ne puisse voir coïncider des peripneumonies chroniques, ou des pleurésies avec l'éruption; mais, si l'on veut y faire attention, on verra que les affections inflammatoires viscérales, avaient précédé l'éruption secondaire, tandis qu'elles suivent ordinairement les exanthèmes primitifs.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer, insuffisants sans doute pour constituer une histoire complète des éruptions secondaires à la suite des fièvres exanthématiques, pourront, je l'espère, fixer assez l'attention des médecins pour les mettre désormais en garde contre une opinion erronée et qui n'est pas sans quelques inconvénients dans la pratique.

De l'influence, sur la production de la phthisie, du séjour antérieur et actuel dans les localités marécageuses, *par* **J.-P.-J. Hahn**, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, chirurgien aide-major au 69e régiment de ligne.*

L'influence du climat sur la phthisie, et sa fréquence relative, par rapport aux fièvres intermittentes, sont devenues récemment, dans la presse médicale, l'objet d'assez vifs débats qui, de part et d'autre, ne paraissent pas avoir donné encore le dernier mot sur cette nouvelle et importante question. La discussion s'étant élevée à l'occasion de la pathologie spéciale au climat de Strasbourg et s'appuyant d'ailleurs de quelques faits particuliers au 69e régiment de ligne, qui a tenu garnison dans cette ville pendant trente mois, il me sera permis, comme Alsacien et officier de santé de ce régiment, de revenir sur ces éléments de la controverse, de les compléter et de les rectifier par l'exposé des faits qui sont à ma connaissance.

Si la statistique peut offrir quelque degré de certitude dans l'appréciation des causes morbides en général, c'est incontestablement lorsqu'elle s'applique à une grande masse d'hommes, telle qu'un régiment, où il y a identité de conditions hygiéniques pour tous,

où l'observation peut reconnaître et étudier successivement sur les mêmes hommes l'action du climat, l'influence du sol, dans les diverses contrées qu'ils sont appelés à parcourir. C'est un axiome de science vulgaire, que chaque pays, chaque localité même présente un type physiologique propre, surtout appréciable chez l'homme; est-ce donc une induction si peu physiologique d'admettre *à priori* que les conditions topographiques, météorologiques et autres, dont ce type est l'expression, puissent déterminer également une forme pathologique générale, en rapport de nature, de durée, d'intensité avec elles? Si les termes de cette proposition ne sont point formulés en principe dans la science classique, il n'en est pas moins vrai que la pratique y puise chaque jour, instinctivement peut-être, des éléments de diagnostic, de précieuses indications de thérapeutique et d'hygiène. Et de même que, par la fréquence de la phthisie dans certains lieux humides et froids, on a cru rationnel et orthodoxe de conclure de l'effet à la cause ; de même, et à plus forte raison, sera-t-il conforme aux méthodes les plus rigoureuses d'analyse et d'observation, de comparer entre eux les rapports de causalité que présente la même affection dans les différentes contrées où elle sévit, et de procéder de la sorte, à la détermination des causes qui la produisent ou de celles qui ne la produisent pas. C'est ainsi que l'étude de la géographie médicale nous conduit, par la voie la plus rationnelle et la plus sûre, à mieux apprécier l'influence pathogénique de l'humidité, du chaud, du froid, que l'on voit figurer, comme éléments indispensables, dans l'exposé étiologique de toutes les maladies indistinctement, sans que l'on sache, à vrai dire, ni comment ni pourquoi. Mais s'il règne tant d'obscurité sur la valeur réelle des causes pathogéniques, il est, par contre, un point d'étiologie, universellement admis dans la science et hors de contestation, c'est l'influence des émanations marécageuses.

Partout où il y a des marais il y a des fièvres intermittentes, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a point de fièvres intermittentes là où il n'y a point de marais. Dès lors, et pour entrer tout à fait dans la discussion, je me demande où se trouvent, dans la capitale de l'Alsace, ces foyers d'effluves marécageux qui y expliqueraient l'endémicité des fièvres intermittentes concurremment avec la phthisie et la fièvre typhoïde. Je ne connais à proximité de Strasbourg que la citadelle, la Robertsau et une petite étendue de terres situées entre la ville et le Rhin, où règne le plus ordinairement la fièvre intermittente; la raison en est que la situation de ces localités, bien moins élevées que la ville, les expose aux inondations du Rhin. Des digues et des travaux de barrage rendant ces inondations de moins en moins fréquentes depuis quelques années, il s'ensuit tout naturellement qu'en l'absence de causes productrices constantes, les fièvres intermittentes deviennent plus rares. Il n'en est pas de même pour la citadelle où l'eau stagnante et la végétation des fossés qui l'entourent constituent un foyer permanent d'émanations marécageuses dont les manifestations pathologiques se produisent en raison directe des conditions hygrométriques et thermométriques qui entretiennent et favorisent le développement du miasme. Or, sous le ciel humide et froid de Strasbourg, où la température est si variable, on concevra sans peine que ces manifestations ne peuvent être constantes et se généraliser que dans des circonstances exceptionnelles; c'est encore là une induction théorique, qui m'avait déjà été communiquée comme fait d'observation par un officier supérieur demeurant à la citadelle, lorsque j'ai eu occasion de le constater moi-même pendant les étés 1841 et 1842, dont l'un fut excessivement pluvieux et froid et l'autre marqué par une sécheresse extraordinaire.

Que la phthisie et la fièvre typhoïde soient endémiques en Alsace et principalement à Strasbourg, rien n'est plus vrai : le nécrologue de la ville en fait connaître chaque mois la preuve numérique ; mais que les fièvres intermittentes s'y produisent en nombre égal, cela est contestable et je le conteste. Dans la ville comme dans les fortifications qui l'enceignent, d'immenses travaux d'assainissement et d'utilité publique, entrepris et exécutés depuis 1830 ont détruit ou neutralisé tout genre d'insalubrité inhérente au sol. Aussi les médecins de l'hôpital militaire ont-ils remarqué que, depuis quelques années, les fièvres intermittentes devenaient plus rares et les fièvres typhoïdes plus fréquentes

parmi les troupes de la garnison. Si M. Forget, qui lui-même fait connaître cette particularité, avait été désireux de pousser plus loin ses investigations à ce sujet, il eût pu ajouter que les fièvres intermittentes parmi les militaires de la garnison de Strasbourg, se rapportent le plus généralement à un séjour plus ou moins éloigné à la Robertsau, au polygone ou à la citadelle. Mais du fait même de la rareté relative de cette affection chez le soldat, plus fréquemment exposé aux causes qui la produisent, ne suit-il pas nécessairement que l'immunité doit être bien plus prononcée parmi les habitants du centre de la ville, parmi ceux qui en constituent la population fixe? Dès lors que penser de l'imputation d'endémicité des maladies miasmatiques que l'on fait à ma ville natale? Quittons Strasbourg et remontons le Rhin depuis Erstein jusqu'à Neuf-Brisach et au delà. Dans cette étendue de 15 à 18 lieues, les fièvres intermittentes sont rares pour ne pas dire inconnues: bronchites, pneumonies, pleurésies, phthisies, fièvres typhoïdes, rhumatismes, voilà les maux qui sévissent sur les populations de cette plage. A Neuf-Brisach, par exemple, qui n'a jamais d'autre garnison que des fractions de corps détachés de Strasbourg, on voit cesser en peu de jours et quelquefois sans aucun traitement les fièvres intermittentes qu'y apportent les troupes nouvellement arrivées. Ici l'observation des faits confirme, en tous points, l'influence pathogénique de la nature du sol et de ses latitudes géographiques: dans toute cette partie du Haut-Rhin, que j'ai indiquée ci-dessus, le sol est graveleux, sablonneux, par conséquent peu productif; aussi la pauvreté des habitants des rives du Rhin offre-t-elle un pénible contraste avec la richesse des populations plus rapprochées de la montagne. Bien que les inondations y soient peut-être plus fréquentes qu'à Strasbourg, la nature du sol, en favorisant la filtration des eaux à travers ses couches de sable et de gravier, prévient, par une heureuse compensation de son ingratitude, et la cause et l'effet des émanations marématiques.

Passons aux faits relatifs au 69e de ligne. Ce régiment, formé en décembre 1840, se composait alors de jeunes soldats de différentes classes qui avaient été simultanément appelés sous les armes, et d'anciens soldats provenant de six autres régiments parmi lesquels deux étaient rentrés de la province d'Alger depuis dix ou douze mois. Caserné d'abord au quartier dit Finkmatt, le régiment fut désigné en mai 1841 pour occuper la citadelle où il resta jusqu'en novembre 1842. A cette époque, il rentra au quartier Finkmatt, et, en avril dernier, il vint de Strasbourg à Courbevoie.

Pour nous éclairer sur la double question de l'influence du séjour et de l'antagonisme pathologique actuellement en litige, voici les documents numériques que nous offre l'histoire médicale du régiment:

ANNÉES.	NOMBRE DE FIÉVREUX sortis de l'hôp. de Strasbourg.	FIÈVRES intermittentes.	AFFECTIONS thoraciques.	PHTHISIES.	FIÈVRES typhoïdes.
1841	827	146	166	12	73
1842	627	255	55	8	32
1843	391	244	47	1	6
TOTAUX	1845	645	268	21	111

Ainsi donc, sur 1845 fiévreux sortis de l'hôpital militaire de Strasbourg et appartenant au 69e de ligne, les affections, entre lesquelles il y avait opposition, se trouvent dans les proportions suivantes:

Fièvres intermittentes.............. 1 sur 3 malades.
Affections thoraciques.............. 1 sur 8
Fièvre typhoïde.................... 1 sur 17
Phthisie.......................... 1 sur 90

D'après ces chiffres, il est de toute évidence, que le régiment s'est trouvé plus particulièrement sous l'influence des causes qui produisent les fièvres intermittentes : il a occupé pendant 17 mois consécutivement la citadelle de Strasbourg.

En examinant le mouvement des malades année par année, l'opposition numérique devient plus saillante, l'antagonisme pathologique se prononce de plus en plus à mesure que le séjour à la citadelle se prolonge, proportionnellement à l'intensité des conditions hygrométriques et thermométriques qui développent ou neutralisent les effets de son influence. C'est ainsi qu'en 1841, année des inondations, année froide et pluvieuse, où le régiment comprend toutefois un assez grand nombre d'hommes revenant d'Afrique, les proportions indiquées ci-dessus sont renversées en quelque sorte ; l'on trouve :

Fièvres intermittentes...............	1 sur 6 malades.
Affections thoraciques...............	1 sur 5
Fièvres typhoïdes...................	1 sur 11
Phthisies..........................	1 sur 70

En 1842, année remarquable par la durée et l'intensité des chaleurs, où, par la libération successive et anticipée des classes de 1834, 35 et 36, il ne reste plus dans le régiment d'hommes arrivés récemment d'Afrique, les proportions se prononcent davantage encore :

Fièvres intermittentes...............	1 sur 2 1/2
Affections thoraciques..............	1 sur 11 1/2
Phthisies..........................	1 sur 60
Fièvres typhoïdes..................	1 sur 20

Enfin, en 1843, le régiment quitte Strasbourg, vient prendre garnison à Courbevoie, dans une situation élevée, sur un terrain calcaire, où les affections dominantes parmi la population civile sont la phthisie et la fièvre typhoïde ; seul, dans toute la circonscription militaire où il se trouve, il produit toujours des fièvres intermittentes, lorsque d'autres régiments, placés à côté de lui, ne donnent pour ainsi dire que des affections thoraciques que justifient d'ailleurs et la nature du service militaire et les variations de température si brusques et si tranchées que l'on a remarquées pendant la belle saison. Voyons nos chiffres :

Fièvres intermittentes..............	1 sur 1 3/5
Affections thoraciques..............	1 sur 8 1/2
Phthisies.........................	1 sur 391
Fièvres typhoïdes..................	1 sur 60 1/2

Puisque la science doit reposer sur des chiffres, ceux que je viens d'établir et que j'extrais d'un registre d'observations appartenant au corps, présentent assez de valeur dans leur progression relative, suivant les circonstances de temps et de lieux, pour justifier les conclusions suivantes :

1° Les fièvres intermittentes ne sont pas, comme la phthisie et la fièvre typhoïde, endémiques dans l'Alsace en général et particulièrement à Strasbourg. Bien que la ville ait été construite sur des marais, et que dans tout l'arrondissement de Strasbourg, le sol soit de nature marécageuse, les constructions, le pavage, les travaux de culture et d'assainissement ont entièrement détruit l'influence du sol sur la production des fièvres intermittentes. Sous ce rapport, il en est de Strasbourg comme de Londres, où aujourd'hui la phthisie constitue le 5e de la mortalité générale, lorsqu'au 17e siècle, des épidémies de fièvres intermittentes dont Sydenham et Morton nous ont conservé l'histoire, décimaient la population de cette ville et des alentours ;

2° L'endémicité des fièvres intermittentes dans une localité, paraît subordonnée, comme l'a établi M. Boudin, à la latitude géographique, à la nature du sol, à des conditions hygrométriques et de température ;

3° Les effets de l'intoxication miasmatique peuvent se manifester ou se reproduire longtemps après que l'on a quitté les lieux, où l'on a été exposé aux émanations marécageuses ;

4° L'endémicité des fièvres intermittentes paraît exclure la phthisie; ce qui ne veut pas dire que les deux affections ne peuvent se rencontrer simultanément et momentanément dans des proportions égales.

Cet antagonisme pathologique ne paraîtra plus aussi singulier si l'on pense que, dans la plupart des grandes villes construites sur un sol marécageux, telles que Londres, Marseille, Bordeaux, Strasbourg, la tuberculisation pulmonaire et la fièvre typhoïde ont succédé, comme formes endémiques, aux effets toxiques des effluves de marais à mesure que la civilisation et l'hygiène y ont fait disparaître ou modifié les causes d'insalubrité inhérentes du sol. Comment se fait-il qu'à Strasbourg, dans une ville à phthisies, le régiment n'ait compté qu'un seul cas de phthisie par 90 malades?

L'immunité n'est pas dans une cause qui exclut celles des autres maladies et de la phthisie en particulier, mais dans des causes dépendant de la nature du sol, d'autant plus générales et plus invariables dans la manifestation de leurs effets, qu'elles sont plus intenses et plus durables; c'est là tout le secret de l'antagonisme pathologique.

Histoire de l'épidémie de variole, *qui a régné en* 1840, *dans le canton de Roquemaure* (Gard); *par le docteur* **Alexandre Zurkowski.**

> Exactè autem tenere oportet propriam cujusque temporum anni conditionem, et statum, morbumque ipsum et quidnam commune sit constitutioni cum morbo, quidnam et mali constitutio, aut morbus, inter se commune habeant..........
>
> (Hipp. *des épidémies*, livre III.)

L'épidémie de variole que je viens d'observer et de traiter avec plusieurs de mes confrères a offert trop d'intérêt, soit par sa marche, à la fois insolite et régulière, meurtrière et bénigne, soit par les circonstances au milieu desquelles je l'ai vue naître, se développer et croître, et les phénomènes atmosphériques qui ont précédé et accompagné son déclin et sa fin, pour que son histoire tracée par un témoin oculaire ne soit pas de quelque utilité.

La ville de Roquemaure est située à deux lieues nord d'Avignon, dans une plaine occupée dans le temps par le lit du Rhône. Elle est bâtie le long d'un bras de ce fleuve, qui l'expose à toute l'impétuosité des vents du nord. Elle est adossée à l'ouest à une petite chaîne de montagnes, qui finit en promontoire du côté de la ville et du Rhône. Cette chaîne de montagnes court à partir de la ville de l'est vers l'ouest, puis du nord au sud et tourne après de l'ouest à l'est, où elle forme un autre promontoire, au village de Sauveterre.

La montagne, généralement très escarpée, contourne en amphithéâtre les deux tiers de la plaine de Roquemaure, c'est au pied de ces montagnes qu'on voit se déployer la vallée la plus riante et la plus fertile: mûriers, oliviers, vignes, garances, palma-christi, y abondent. Ce précieux terrain est défendu contre les débordements du Rhône, qui coule majestueusement à ses pieds, par une chaussée élevée, et quoique la plaine et la ville soient quelquefois inondées, à la suite de la rupture des digues, le terrain n'en conserve pas longtemps l'humidité, vu que, sous une assez faible couche de terre végétale, se trouve un dépôt de gravier, qui facilite aux eaux un prompt écoulement.

La petite ville compte 4,338 habitants. La santé publique y est très florissante; on y rencontre beaucoup de vieillards. Les naissances surpassent les morts de 60 à 70 par an. Une influence jusqu'à présent inconnue dans sa nature, mais très certaine, a toujours préservé sa population, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, de toutes maladies épidémiques. Dans ces derniers temps encore, le terrible fléau, qui se jouait de tous les climats, de toutes les régions, en parcourant nos contrées, décimait les populations à nos portes, et n'a pas fait une seule victime dans notre ville. Oui, le choléra, la grippe et tant d'autres petites épidémies qui ont ravagé dans ces dernières années nos villages environnants, tels que Sauveterre, Pujaut, Montfaucon, etc., n'ont pas attaqué un seul habitant de Roquemaure.

A une demi-lieue nord de Roquemaure, est situé le village de Montfaucon. Une montagne assez élevée, contre les aspérités de laquelle viennent se briser souvent les vagues si impétueuses du Rhône, lui sert à la fois de base et de digue. Cette montagne présente, du côté nord, son flanc abrupte et en quelque sorte taillé à pic au fleuve, tandis que son sommet aride, couvert de quelques arbrisseaux rabougris et dominé par le vieux donjon du lieu, s'incline vers le sud-est en pente assez douce, qui, après un court trajet, va se confondre avec la belle plaine dont nous avons parlé plus haut. C'est sur cette pente que le village s'épanouit en forme d'éventail, de telle sorte que les maisons les plus nombreuses et par conséquent le gros de la population se trouvent presque dans la plaine. Quelques fermes isolées, que l'on voit le long de la route qui conduit de la ville au village, servent de liaison entre ces deux points. La population de Montfaucon est d'environ 800 âmes. A part cette heureuse résistance aux influences épidémiques, dont Roquemaure a le précieux privilége, les circonstances hygiéniques sont ici à peu de choses près les mêmes que dans cette dernière ville.

Le village de Pujaut, dont nous parlerons souvent dans le cours de notre travail, est situé à une lieue et demie sud de Roquemaure. Le dernier promontoire sud de la chaîne des montagnes qui contournent notre plaine s'étend en un vaste et fertile plateau, dont la pente est porte le village de Sauveterre, et la pente sud celui de Pujaut. Le premier village pose vis-à-vis le fleuve, tandis que l'autre regarde une autre plaine appelée l'*Étang de Pujaut*. La population de ce village est de 1400. La mortalité y est plus grande. Ce village fait partie du canton de Villeneuve-lez-Avignon. Les relations de ses habitants avec ceux de Roquemaure sont moins fréquentes que celles des habitants de Montfaucon.

Climat et constitution atmosphérique.

La chaleur, le vent et la pluie sont les trois éléments constitutifs de notre climat. De leurs successions plus ou moins régulières, de leurs transitions plus ou moins brusques, de leurs combinaisons plus ou moins variées, résulte cette physionomie particulière, qui caractérise essentiellement nos saisons. Dans l'ensemble de ces trois phénomènes atmosphériques, la chaleur entre pour moitié, les vents en occupent les trois huitièmes, et la pluie le reste de l'autre moitié.

A une température très élevée, qui se maintient quelquefois pendant plusieurs mois, succède ordinairement un vent du nord impétueux, incisif et glacial. Il règne souvent pendant plusieurs septenaires, et ne fait qu'ajouter à la sécheresse générale. La végétation naguère si vigoureuse, si riante, est subitement arrêtée dans sa marche rapide. La plante fanée, décolorée, se courbe sous le poids d'une abondante poussière crayeuse et mordante. Homme, animal, plante, tout ce qui vit, porte l'empreinte de la langueur, de la fatigue et de l'accablement. Soudain ce beau ciel azuré se rembrunit, se couvre de nuages, qui, poussés rapidement par le mistral, semblent refouler la bise vers les confins du nord. Une pluie bienfaisante lui succède bientôt. La terre avide d'eau l'absorbe et s'en abreuve rapidement. Tout se redresse, se ranime et renaît. L'homme se retrempe; le paysage s'égaie; la végétation, redoublant de force et de vigueur, continue à poursuivre sa marche vers une maturité souvent aussi précoce que parfaite.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi sans secousse et sans bruit. La lutte entre le midi et le nord, comme on le dit dans le pays, donne quelquefois lieu à des phénomènes aussi effrayants que destructifs. Nous avons vu s'engager à coup de foudre, ces luttes mille fois répétées, accompagnées de trombe et de tremblement de terre, se terminer par des torrents d'une pluie épouvantable, qui se répandait dans nos campagnes comme une lave dévastatrice. Heureusement ces scènes terribles sont rares.

Constitution médicale.

Tout le monde sait que, par ces mots, on entend le rapport qui existe entre les consti-

tutions atmosphériques et les maladies régnantes. Décrire celles-ci, c'est traiter de l'influence qu'exerce l'état de l'atmosphère sur l'économie animale. S'occuper de phénomènes morbides avant de faire connaître l'homme en état de santé me paraîtrait peu logique. Je vais donc, avant tout, dire un mot de la physiologie de l'habitant de nos contrées. J'indiquerai ensuite son aptitude à subir telle ou telle influence atmosphérique; sa disposition à contracter telle ou telle maladie dans telles circonstances données.

En suivant cet ordre, non-seulement je serai plus clair, mais encore j'éviterai des répétitions, dont le moindre inconvénient serait d'être au moins inutiles. — C'est dans nos contrées que le type méridional commence déjà à se dessiner avec ces couleurs qui lui sont particulières. Les hommes y sont généralement sveltes, secs, élancés. Ils ont le teint basané, les yeux et les cheveux noirs, le système pileux richement fourni. On y voit fort peu de difformité. Il y a peu d'industrie dans le pays; presque tous les bras sont occupés à l'agriculture. Le tempérament prédominant est bilioso-nerveux. L'impressionnabilité et l'irritabilité y sont extrêmes. Toujours prêts à céder à la première impression, le moindre jeu de leur imagination ardente les embrase; mais ce n'est qu'un feu de paille. Aussi, sont-ils vifs, emportés, irascibles et cependant pacifiques. Bien que la civilisation n'ait pas encore pénétré ici dans l'esprit des masses, comme on le voit dans les contrées septentrionales de la France, il faut pourtant leur rendre cette justice, que les préjugés et la superstition, le plus souvent si nuisibles au bien-être de l'homme, ont peu de prises sur nos ardents méridionaux. Il n'y a que les bonnes femmes qui conservent encore précieusement ces tristes héritages des siècles ignorants.

Nos cultivateurs sont généralement sobres par goût, économes par caractère, laborieux par ambition et l'appât du gain. Ils sont plus soigneux de leurs vêtements que de leurs corps; de leurs champs que de leur intérieur. La fortune, l'acquisivité dominent toutes les autres affections, défaut du reste qui est commun, je crois, à tous les gens de leur état: suivant la prédominance de la chaleur ou des vents du nord, les maladies régnantes sont de nature bilieuse ou inflammatoire; l'élément nerveux vient presque toujours compliquer l'un ou l'autre de ces états pathologiques. C'est là, surtout, que l'on voit dans tout son jour, ce rapport constant et immuable qui existe entre la constitution de l'atmosphère et celle de l'homme sur qui s'exerce son influence.

Lorsqu'à un hiver ordinairement assez doux, le plus souvent sans neige et sans glace, au moment où on commence à se livrer aux travaux de la campagne, succèdent ces impétueux vents du nord, qui vous pénètrent et vous glacent malgré les vêtements les plus épais et les plus chauds, les affections pulmonaires et articulaires, toujours de nature inflammatoire, deviennent très fréquentes. Leur marche, leur intensité et leur gravité. sont subordonnées aux mouvements atmosphériques existants. Cette relation intime entre la cause et les effets, est d'une vérité tellement vulgaire, que dans le langage du pays on confond généralement ceux-ci avec celle-là. Ainsi, on désigne vulgairement les maladies régnantes de cette époque, par les mots plus expressifs que justes de : *sueur rentrée;* comme on dira plus tard : *c'est la bile,* lorsque, sous l'influence de la chaleur excessive d'un été sec et brûlant et les travaux pénibles des champs, les affections abdominales, bilieuses et typhoïdes se seront développées.

Les catarrhes bronchiques, le plus souvent apyrétiques, les dysenteries, les fièvres exanthématiques, les affections vermineuses chez les enfants, et les esquinancies, voilà les maladies intercurrentes des deux autres saisons. Nous avons eu cependant à combattre, l'été dernier, au plus fort des chaleurs, des angines gutturales, aussi graves qu'opiniâtres.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que de l'influence des saisons sur la nature des maladies, nous ajouterons que le tempérament et l'organisation des sujets que nous avons décrits plus haut, impriment aux affections auxquelles ils sont en butte un cachet particulier, qui, réuni aux autres influences, constitue cet ensemble, cette physionomie propre, que les anciens désignaient si bien sous le nom *de génie de la maladie.* Pour mettre cette vérité hors de doute, je ne citerai ici qu'un seul genre d'affections très fréquentes dans nos contrées

et dont la nature et le traitement sont le mieux connus : les phlegmasies, par exemple. Eh bien! sans parler du rhumatisme articulaire aigu, dans les pneumonies et les pleurésies les plus franches, on voit presque toujours l'état nerveux avec délire, soubresauts des tendons, etc., se déclarer après le premier septenaire. C'est dans cette période que le musc et l'opium rendent les mêmes services que les émissions sanguines dans le début de la maladie.

Naturam morborum curationes ostendunt. Le praticien qui méconnaîtrait ces faits, s'exposerait infailliblement à des revers irréparables.

Après ces préliminaires, nous allons procéder à la description de notre épidémie, dans l'ordre suivant : le lieu où elle a régné ; son origine, sa nature, ses symptômes, sa marche, son état, son déclin, ses nuances ou modifications, son traitement, et enfin sa transmissibilité.

Situés sur les deux extrêmes de notre plaine, sur deux points diamétralement opposés, n'ayant que fort peu de communications entre eux, les deux villages de Montfaucon et de Pujaut ont été le théâtre exclusif de notre épidémie. Comment les populations voisines qui ont eu des relations journalières avec ces deux foyers de l'infection en ont-elles été préservées? Je ne saurais le dire. Mais, il est de fait que, pendant l'espace de huit mois que la variole a régné dans ces deux villages, nous n'en n'avons non-seulement pas observé un seul cas dans les communes environnantes, mais encore la vaccine, la rougeole et les autres affections exanthématiques que nous avons observées à cette époque, n'ont pas subi la moindre modification, la moindre influence de l'épidémie régnante. Un autre fait non moins important à noter est celui-ci : cette variole qui a éclaté sur ces deux points assez rapprochés, à la même époque et de la même manière, a cependant présenté pendant toute sa durée, soit dans sa marche, soit dans sa terminaison, une physionomie particulière dans chacune de ces deux localités. Mais, n'anticipons pas ; les observations que nous allons rapporter bientôt mettront cette dernière proposition hors de doute.

Nous venons de dire que notre épidémie avait éclaté dans Montfaucon et dans Pujaut à la même époque et de la même manière. En effet, c'était après l'équinoxe du printemps de 1840, au mois de mai, qu'elle fut importée à Montfaucon par un jeune homme de ce village, qui avait passé quelques temps dans la Camargue, à 15 lieues environ de notre commune sur les bords de la Méditerranée, et à Pujaut par un individu qui venait de visiter à l'hospice militaire d'Avignon un de ses amis atteint de la variole. La variole cependant ne s'est montrée à cette époque à Avignon que d'une manière sporadique ; quant à sa manière d'être dans la Camargue, il m'était impossible de me procurer des renseignements bien exacts sur ce point.

Avant de commencer la description de la maladie qui nous occupe, nous dirons un mot de la constitution atmosphérique de l'époque où elle a régné. A l'instar de nos grands maîtres, nous avons noté les vicissitudes de la température jour par jour. Nous les rapporterons ici dans l'ordre mensuel, nous suivrons le même ordre pour les observations particulières.

Constitution de mai 1840.

Les premiers jours furent très beaux. La chaleur douce et modérée. Le 7, chaleur étouffante ; vers le soir, léger vent du midi. Le 8, il tomba une pluie légère et agréable qui se prolongea jusqu'au soir, le vent nord-est régna toute la nuit ; le lendemain, le vent du nord l'emporta. Il souffla violemment pendant 14 jours. A ce refroidissement subit de la température, succéda le 22 un temps fort doux qui se maintint jusqu'à la fin du mois.

Ire OBSERVATION.—*Variole discrète.*

Le nommé Jean Gros, cultivateur, habitant Montfaucon, âgé de 18 ans, d'un tempérament sanguin, vacciné à l'âge de 16 mois, avec succès, comme les cicatrices des boutons varioliques qu'il porte à chaque bras l'attestent ; éprouva le 5 mai, lendemain de son arrivée de voyage, des frissons

le long du dos et des frémissements dans les muscles des membres supérieurs et inférieurs, alternant avec des bouffées de chaleur. Depuis quelque jours déjà, il se sentait du malaise et son appétit diminuait sensiblement. Après une nuit très agitée, il ne se sentit plus la force de quitter le lit.

6. Face animée, yeux brillants, conjonctives assez injectées; chaleur sèche, mordante; pouls à 105; langue rouge sur les bords, jaunâtre au milieu et à la base; nausées, dégoût pour les aliments; soif vive; épigastre légèrement douloureux à la pression; respiration fréquente, enchifrènement, expectoration presque nulle. La percussion et l'auscultation ne découvrent rien d'anormal. (Saignée de 12 onces; diète, tisane d'orge acidulée avec quelques tranches d'orange, fomentations émollientes sur la région épigastrique.)

7. Pouls à 100, dur, concentré; face très animée; température du corps très élevée; sueur abondante, surtout à la face et à la poitrine; respiration accélérée; dégoût; soif ardente; point de selles, urine peu abondante et sédimenteuse. (Boisson acidulée, comme hier.)

8. Pouls à 95. La face se couvre de petits points rouges, isolés, distincts, semblables à des morsures de puces; on en aperçoit également quelques-uns sur le cou et sur la poitrine; transpiration abondante et soif vive. (Prescription comme hier.)

9. L'éruption commence à se dessiner plus franchement; les élevures se multiplient, deviennent proéminentes et comme papuleuses. Leur sommet devient vésiculeux et transparent; fièvre et transpiration moins fortes. En questionnant de nouveau le malade, j'apprends que l'avant-veille de sa maladie il venait de quitter la Camargue, où il a séjourné plusieurs mois et où plusieurs de ses amis étaient atteints de la petite vérole. (Même prescription).

10. Les élevures paraissent comme pustuleuses. Il y en a sur la poitrine, le ventre, les membres, le dos, les lombes; sur les membranes muqueuses de la bouche, du pharynx et des paupières. La peau qui se trouve dans les intervalles des pustules est rouge et tuméfiée. Ces dernières sont entourées d'une auréole rouge et assez dure au toucher. Du reste, état général assez satisfaisant. (Même prescription.)

11. Les pustules sont plus volumineuses. Leur sommet présente une sorte d'aplatissement avec une dépression ombiliquée au milieu. De rouge qu'elles étaient la veille encore, elles sont devenues jaunâtres; le fluide qu'elles contiennent s'épaissit; dans quelques-unes, au visage surtout où elles sont les plus nombreuses, ce même fluide a pris une teinte argentine et purulente.

12. La forme ombiliquée des pustules est aussi prononcée sur toute l'habitude du corps comme hier à la face seulement. Celle-ci est le siége d'une douleur tensive et d'une chaleur ardente. (Même état général, même prescription.)

13. La fièvre se rallume de nouveau; quelques rêvasseries, toux légère; salivation assez abondante; déglutition gênée; gonflement considérable de la face et des mains. (Gargarisme émollient, loock gommeux.)

14. La fièvre est moins intense; les pustules sont jaunâtres, globuleuses et arrondies. Les intervalles qui les séparent sont toujours rouges et tuméfiés, dans les régions surtout où elles sont peu éloignées les unes des autres. (Gargarisme comme hier, loock blanc.)

15. Etat général satisfaisant. La tuméfaction de la face diminue, les pustules qui recouvrent cette partie commencent à se dessécher; démangeaison; diminution considérable du ptyalisme et de la toux; déglutition facile. (Soupes d'herbes, boisson acidulée et vineuse. Je fais lever le malade.)

16. La dessiccation des pustules s'étend sur toutes les régions du corps. Bien être général, notre malade quitte définitivement le lit. (Bouillon.)

17. Le mieux se soutient; appétit. (Soupe et vin.)

18. Les croûtes commencent à tomber dans l'ordre de leur formation. J'abandonne le malade aux soins de sa famille.

IIe Observation.—*Variole discrète.*

Marie Gros, sœur de Jean, âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, bien réglée, non mariée, vaccinée à l'âge de 15 mois, portant des cicatrices caractéristiques sur les deux bras, éprouva le 12, après quelques jours de malaise, des frissons passagers, alternant avec des bouffées de chaleur. Elle fit le même jour un repas un peu copieux et vomit bientôt abondamment. Elle s'alita; fièvre ardente; chaleur brûlante et mordicante; face comme bouffie; langue épaisse et blanchâtre, nausées, dégoût; vomiturition; anxiété précordiale; respiration accélérée, légère; diarrhée. (Diète, légère infusion de tilleul.)

14. Pouls à 90, concentré et résistant; chaleur très forte, transpiration abondante; plus de

nausées, ni vomituritions; anxiété moindre, soif vive; il y avait une selle naturelle dans la journée; urine briquetée; la malade exhale la même odeur particulière que son frère. (Boisson acidulée et nitrée. J'ordonne de renouveler souvent l'air de sa chambre et défends bien d'étouffer le malade sous des couvertures épaisses, dans le but de faire sortir la *sueur rentrée* dont les assistants la croient affectée.)

15. Pouls à 100, chaleur très élevée; face animée, rouge et boursouflée; quelques légères coliques; toux sèche; la poitrine est parfaitement sonore dans toute son étendue; le bruit respiratoire ne présente rien d'anormal. (Même prescription.)

16. Pouls à 90. On aperçoit très distinctement sur la face, le cou, la partie antérieure de la poitrine des petits points rouges isolés comme des morsures de puces. La transpiration est toujours abondante; les urines sont plus claires. (Prescription *ut suprà*.)

Les points rouges d'hier deviennent proéminents; leur sommet, vésiculeux et transparent. La fièvre est moins forte, la transpiration moins ardente. (Boisson acidulée.)

18. Eruption générale de pustules varioliques bien caractérisées, non-seulement sur la surface cutanée, mais encore sur les muqueuses buccale, pharyngienne et palpebrale: les intervalles des pustules sont rouges et tuméfiés. Etat général assez satisfaisant. (Même prescription.)

19. Les pustules augmentent de volume; leur base est entourée d'une auréole rouge; leur sommet aplati présente une dépression ombiliquée au milieu: leur couleur est jaunâtre et le fluide qu'elles renferment paraît trouble et purulent; même état général. (Même prescription).

20. L'éruption présente les mêmes caractères anatomiques sur toutes les régions du corps. La face est le siége d'un prurit insupportable. Du reste l'état général est assez satisfaisant.

21. La température du corps est plus élevée; le pouls donne 100 pulsations. La respiration est plus accélérée. Anxiété précordiale; légère agitation; toux sans expectoration; salivation abondante; déglutition difficile; la face et les mains sont notablement tuméfiées. (Gargarisme aluminé, loock gommeux.)

22. Apparition des menstrues; amendement notable des symptômes généraux, les pustules jaunâtres et arrondies n'ont plus la transparence qu'elles ont présentée la veille. (Même prescription, continuation du gargarisme.)

23. La dessiccation des pustules commence à la face et poursuit sa marche dans l'ordre de leur apparition; état général satisfaisant, prurit; la salivation est peu abondante; la déglutition est plus libre. (Soupe d'herbes; boisson acidulée et vineuse.)

24. La période de la dessiccation ne présente rien de remarquable. La desquammation ne tarde pas à s'opérer, et la malade a conservé ainsi que son frère des cicatrices caractéristiques qui ne sont point encore effacées.

La famille *Gros* se compose du père, âgé de 48 ans, de la mère, âgée de 44 ans et de cinq enfants. Les deux aînés furent attaqués de la variole, les premiers dans le village, comme on vient de le voir; tandis que les trois autres, que je n'ai jamais pu parvenir à éloigner de la maison infectée, n'en ont pas éprouvé la moindre atteinte. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le plus jeune des enfants, âgé de 18 mois, non vacciné, a également échappé à l'influence de la variole, bien que ses parents n'aient pas pris, malgré mes instances réitérées, la moindre précaution pour l'en préserver. Dès l'apparition de la variole dans la commune, je me suis empressé de proposer aux mères des enfants non vaccinés de faire profiter ces petits êtres des bienfaits de la vertu préservatrice du virus vaccin. Pas une n'a voulu s'y décider. Toutes m'opposèrent l'exemple des deux varioleux, dont je viens de tracer l'histoire, chez lesquels le virus-vaccin s'était trouvé en défaut. Bien plus, elles s'imaginèrent que la vaccination, loin de prévenir la variole, ne ferait que la provoquer et en aggraver la marche. Ces idées ne les ont quittées que vers la fin de l'épidémie; aussi ne fût-ce qu'à cette époque, lorsque la maladie était devenue d'une bénignité extrême, que les plus courageuses, et sur l'esprit desquelles j'avais le plus d'ascendant, se sont enfin décidées à faire vacciner leurs enfants. J'ai profité de ces bonnes dispositions pour faire quelque expérimentation sur le mode de transmissibilité du *virus variolique* lui-même. J'en rapporterai plus bas les résultats.

Deux autres cas de variole discrète, à la même marche, aux mêmes symptômes, que ceux que nous venons de décrire, se sont encore présentés à Montfaucon dans le courant

de ce mois, chez deux filles, dont l'une âgée de 18 ans, et l'autre de 21. Toutes les deux portent encore sur leurs bras des cicatrices anciennes de boutons de vaccine et des cicatrices récentes sur les autres régions du corps des pustules varioliques. Décrire ici ces deux cas avec détails, me semble fastidieux. Il suffit, je pense, de les avoir énoncés, pour ne pas oublier que, dans le mois de mai, nous avons observé à Montfaucon quatre cas de variole discrète, tous parfaitement identiques.

Voyons maintenant comment les choses se sont passées à Pujaut, à la même époque.

IIIe Observation.—*Variole confluente.*

Simon Bouvet, cultivateur, habitant le village de Pujaut, âgé de 21 ans, d'un tempérament bilieux, vacciné avec succès dans son enfance, éprouva le 3 mai, après plusieurs jours de malaise indéfinissable, de la céphalalgie sus-orbitaire, avec accélération du pouls, chaleur sèche à la peau; langue épaisse et jaunâtre, bouche pâteuse et amère; dégoût; soif; nausées et vomiturition. L'épigastre était légèrement douloureux à la pression; il y avait quelques frissons vagues et passagers. (Boisson tempérante.)

4. A l'état de la veille se sont jointes quelques coliques. La douleur de tête est plus aiguë. (Une once de tartrate de potasse dans un bol de tisane d'orge.)

5. La médication administrée hier a produit six selles abondantes et très fétides, sans amener aucun changement dans l'état du malade; la céphalalgie surtout et les nausées persistent avec une violence extrême.

6. Pouls petit et accéléré; douleur dans les membres, dans le dos, aux lombes; nausées et vomissements fréquents; le malade est accablé, assoupi; l'intelligence est nette. (20 sangsues derrière les apophyses mastoïdes, boisson acidulée.)

7. Persistance des symptômes de la veille. La peau est légèrement moite.

8. Toute l'habitude de la peau est couverte de petites élevures comme papuleuses, elles sont très rapprochées, à la face surtout, elles se confondent par leur circonférence. J'apprends que, huit jours avant de s'aliter, notre malade a visité à l'hospice militaire d'Avignon un de ses amis, soldat au 12e de ligne, atteint de variole.

9. Le pouls donne 100 pulsations; gonflement considérable de la face et des mains, qui sont entièrement couvertes de pustules varioliques. Douleur vive à la gorge, toux fréquente et sèche, déglutition difficile; la muqueuse buccale est injectée; les paupières ne peuvent pas s'ouvrir, la céphalalgie est moins intense; les nausées et les vomissements ont cessé.

10. La face et le cou sont excessivement gonflés; les yeux fermés, la muqueuse palpebrale présente des petits points blancs isolés, celle de la bouche en est remplie également. La toux est sèche, aiguë et déchirante.

11. Les élevures papuleuses augmentent de volume, s'arrondissent; leur sommet offre la dépression ombiliquée caractéristique: leur base est entourée d'une auréole rouge.

La face, très tuméfiée, est couverte d'une large pellicule blanchâtre, ressemblant à l'exsudation membraneuse que produisent les vésicatoires; le pouls donne 120 pulsations; la respiration est très accélérée; la déglutition presque impossible; la voix presque éteinte; toux fréquente et déchirante, vomissements opiniâtres; céphalalgie très intense, quelques selles diarrhéïques; anxiété, agitation, rêvasseries. (Gargarisme alumineux; boisson tempérante.)

12. Pouls à 100, l'éruption présente les mêmes caractères que la veille. Elle est générale; les vomissements sont plus rares; il y a des nausées fréquentes, la toux est toujours très opiniâtre; la salivation est abondante, la déglutition moins pénible, la céphalalgie persiste; rêvasseries. (Même prescription.)

13. Pouls à 90; les nausées et les vomissements sont plus rares, il y a moins d'anxiété et plus d'accablement; la déglutition est plus facile, la salivation est toujours très abondante; douleur très vive des paupières; tension douloureuse de la face; toux fatigante. (Même prescription.)

14. Les pustules isolées commencent à perdre leur forme ombiliquée et deviennent globuleuses et arrondies; les intervalles qui les séparent, rouges et tuméfiés, sont le siége d'une tension très douloureuse; leur couleur se trouble et s'épaissit. La face paraît être recouverte d'une épaisse membrane homogène, d'un jaune sale; l'état général est le même.

15. Amendement notable des symptômes généraux; diminution de la salivation, la face est

moins tuméfiée, les pustules qui la recouvrent commencent à se dessécher; elles ont une couleur foncée; le malade est tourmenté par une vive démangeaison; légère salivation. (Prescription *ut suprà.*)

16. Une incrustation brunâtre, épaisse, masque les traits du visage; dans les régions inférieures du corps, les pustules commencent seulement à s'arrondir et à présenter une coloration trouble; selles et urines naturelles; il y a toujours un peu d'accablement et de somnolence. Cet état persiste jusqu'à la chûte des croûtes, qui n'a lieu que le 22e jour de la maladie. Ce n'est qu'alors que l'appétit commence à revenir. J'accorde quelques bouillons; le malade garde le lit un mois. La convalescence est longue. Un régime sévère et des soins hygiéniques convenables, continués pendant six semaines, le rendent enfin à la santé.

Quatre autres personnes, toutes vaccinées, habitant la maison Bouvet, dont trois au dessus de 30 ans, et un enfant de 4 ans, n'ont pas eu leur santé altérée un seul instant, pendant tout le temps que dura la maladie de leur frère et sœur; tandis qu'à la même époque, il se déclara dans leur quartier trois autres cas de variole, dont une confluente, chez un garçon de 12 ans, vacciné avec succès, et deux discrètes chez deux frères âgés de 20 et 16 ans, tous deux vaccinés. La marche, les symptômes et la terminaison de ces trois cas, étaient parfaitement identiques avec ceux que nous venons de décrire. La convalescence fut longue et pénible chez tous. Le visage a conservé longtemps, chez tous, la couleur plombée particulière. Les cicatrices ne se sont effacées qu'à la longue.

Ainsi, neuf cas de variole, dont deux confluentes et sept discrètes, ont signalé le début de l'épidémie. La terminaison a été heureuse. Le traitement antiphlogistique, dans le début, n'a été par la suite qu'expectant. Dès que nous connûmes la nature de la maladie, nous ne pûmes qu'en combattre quelques symptômes isolés, forcés que nous étions de respecter sa marche, qui d'ailleurs n'a présenté rien d'irrégulier.

Juin.—Le beau temps dont nous avons joui, dans les derniers jours du mois passé, se prolongea jusqu'au 7 de celui-ci.

Le 8, il s'éleva un violent vent du nord, qui a refroidi subitement la température. Il régna, sans se calmer un seul jour, jusqu'au 22. Une pluie légère lui succéda, et dans quelques heures, vers le soir, la bise a repris de nouveau avec la même violence que les jours précédents.

Est-ce l'abaissement subit de la température? est-ce quelque autre influence inconnue qui a arrêté la propagation de l'épidémie? De crainte de tomber dans le vague des hypothèses, je m'abstiendrai d'y répondre, notre but n'étant que de transcrire fidèlement les faits qui se sont passés sous nos yeux. Ils n'étaient pas nombreux Pendant tout le mois, nous n'avions à enregistrer que six cas de variole, dont deux à Montfaucon et quatre à Pujaut. Nous allons les rapporter aussi succinctement que possible.

IVe Observation. — *Variole discrète.*

Pierre Broc, perruquier à Montfaucon, âgé de 24 ans, tempérament bilieux, vacciné avec succès dans l'enfance, éprouva le 5 quelques prodromes vagues. Le lendemain il eut de la fièvre qui cessa le jour suivant après une éruption d'environ 40 pustules varioliques. La fièvre de suppuration se déclara le soir du huitième jour de l'invasion; elle ne dura que quelques heures. Le lendemain, le malade s'étant levé, il s'exposa à l'impression du froid, fut pris d'un rhume opiniâtre, qui cependant ne troubla nullement la marche franche de la variole, et qui céda aux moyens ordinaires.

Ve Observation.—*Variole discrète.*

Rose Queyranne, habitant Montfaucon, âgée de 29 ans, tempérament lymphatique, vaccinée dans l'enfance; bien réglée, s'alita le 6, après plusieurs jours de malaise; la fièvre d'éruption qui ne dura qu'un jour cessa dès que cette dernière fut devenue générale. Le neuvième jour de l'invasion, se déclara une légère fièvre qui fut suivie bientôt de la dessiccation des pustules. L'un et l'autre de ces deux malades, dans tout le cours de leur maladie, ne gardèrent le lit que quatre jours, c'est-à-dire les deux jours qui ont précédé et le jour qui a suivi l'éruption et celui de la fièvre de suppuration. Ce ne fut que pendant ces jours de recrudescence que la

diète fut observée sévèrement. Pendant tout le reste de la durée de leur variole, sans se livrer à une alimentation trop abondante, ils ne voulurent point se soumettre au régime sévère qui leur a été prescrit. Heureusement leur indocilité n'eut point les suites que je redoutais.

A Pujaut, bien que l'épidémie n'eut pas pris encore beaucoup d'extension, sa physionomie commença déjà à inspirer de l'inquiétude aux habitants.

VIe Observation.—*Variole discrète.*

Gabriel-Joseph, tourneur à Pujaut, âgé de 27 ans, d'un tempérament nerveux, eut de la fièvre le 5, et passa une nuit fort agitée. Tourmenté pendant trois jours de nausées, de vomituritions, d'anxiété, il vit d'abord son visage, puis les autres régions de son corps, se couvrir de nombreux points papuleux qui, les jours suivants, se convertirent en véritables pustules varioliques. Dès que l'éruption fut complète, tous les symptômes généraux cessèrent, pour faire bientôt place à la salivation, à la tension douloureuse et aux demangeaisons qui ont accompagné les périodes de suppuration et de dessication.

VIIe Observation.—*Variole discrète.*

Marie, femme du sujet de l'observation sixième, âgée de 25 ans, tempérament lymphatique, portant des cicatrices de boutons de vaccine, mère de deux enfants, nourissant le dernier qui n'a que deux mois, fut prise le quatrième jour de la maladie de son mari, de frissons, de brisements dans les membres, d'anxiété précordiale, de nausées et de vomituritions. Le lendemain elle ne peut plus quitter le lit; la fièvre était violente, l'agitation extrême. Les jours suivants l'éruption se prononça franchement et parcourut sa marche, sans présenter rien de remarquable. La période de la dessiccation fut cependant troublee par des accidents nerveux qui ont failli devenir funestes.

Les deux enfants des individus précédents, âgés, l'un de 2 mois, l'autre de 27 mois, tous deux non vaccinés, moururent dans ce mois.

Juillet.—La température fut très variable les premiers jours. La pluie, la chaleur, le froid se succédèrent avec une rapidité extrême, de telle sorte que le thermomètre variait, le même jour, de douze à quinze degrés. Le 5, ces vicissitudes cessèrent, et tout le reste du mois la chaleur fut sèche et excessive.

D'après les six observations qu'on vient de lire, il est aisé, je pense, de se faire une idée exacte du génie de notre épidémie. Comme à présent sa marche devient plus rapide, que les cas se multiplient, d'une part; que ces cas sont parfaitement identiques de l'autre, nous avons cru convenable, pour éviter des répétitions inutiles, de ne parler avec détail que de ceux qui présenteront, soit quelque anomalie dans leur marche, soit quelques autres complications remarquables Ainsi, nous ne parlerons des cas ordinaires que d'une manière générale, tandis que nous donnerons aux autres tous les développements qu'ils comporteront.

A Montfaucon, nous avons observé, ce mois-ci, onze cas de variole, dont huit discrètes et trois confluentes, tous chez des sujets vaccinés, jeunes et robustes, des deux sexes et non mariés. La nature de la maladie étant connue dans le pays, le traitement expectant, suivi par nous, chez les premiers malades, a servi d'exemple aux autres, qui ne demandèrent plus les secours de l'homme de l'art que pour les accidents contre lesquels les moyens ordinaires devenaient impuissants. La fièvre, la toux, la tension douloureuse des parties, l'assoupissement, les nausées, et plus tard la diarrhée et la salivation ne leur inspiraient pas beaucoup de crainte. Ce qu'ils redoutaient le plus, c'était les accidents du côté de la muqueuse pharyngienne, quand ils sentaient *se fermer leur gosier*, comme ils disaient, les commères perdaient alors leur crédit, et l'on s'empressait d'accourir à toute heure de la journée ou de la nuit, implorant instamment le ministère du médecin.

Suivant la gravité des accidents, je me bornai, chez les uns, aux simples gargarismes émollients et anodins; chez les autres, je rendis ces gargarismes plus actifs, au moyen d'une addition d'une quantité insufflé de sulfate d'alumine. J'ai insufflé également plu-

sieurs fois cette substance, au moyen d'un tuyau de plume ou d'une sonde de femme, derrière les voiles du palais et dans le pharynx. Dans deux cas, tous ces moyens échouèrent.

Je venais de quitter les malades, lorsqu'on vint en toute hâte m'appeler auprès d'eux. Je ne pus les voir que vers minuit. Je les trouvai presque asphyxiés. Je plongeai aussitôt un bistouri droit et bien effilé dans la profondeur des amygdales, qui étaient tellement engorgées qu'elles interceptaient presque complétement le passage de l'air dans les voies aériennes. Cette petite opération dégorgea aussitôt les parties, et tout rentra dans l'ordre. C'était le neuvième jour de la maladie. Elle poursuivit depuis sa marche vers une terminaison heureuse.

Sur treize cas qui se sont présentés à Pujaut, il y en avait huit de variole discrète, trois confluentes dont un fut suivi de mort, et deux graves, anormales, également terminés par la mort. Dans ces trois cas, les individus morts n'avaient pas été vaccinés. La marche et les symptômes des premiers n'offrirent rien de remarquable. Il n'y avait généralement que la rêvasserie et le coma de plus que dans ceux observés à Montfaucon.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE CRITIQUE.

RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, *rédigé sous la surveillance du conseil de santé, et publié par ordre du ministre de la guerre*, par MM. JACOB, CASIMIR BROUSSAIS et MARCHAL (de Calvi), volume 54e.

Cette collection a pris un rang distingué dans la science médicale; il est donc inutile que nous nous attachions à montrer toute l'importance qu'elle a conquise. Nous voulons seulement annoncer le dernier volume qui vient de paraître, en faisant ressortir les principaux articles qu'il renferme.

En tête de ce volume se trouve une histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné épidémiquement dans plusieurs garnisons de France. Cette relation historique est faite avec beaucoup de soin et de clarté par M. Casimir Broussais, d'après les mémoires particuliers de MM. Bernet, sur l'épidémie de Bordeaux; Lalanne, sur celle de Bayonne; Léonard, sur celle de Toulon; Gasté, sur celle de Metz; Martin, sur celle de Laval; Pascal, sur celle de Strasbourg; Rollet, sur celle de Nancy, etc., etc.

M. Casimir Broussais fait remarquer que c'est parmi les troupes que cette épidémie a fait les premières et souvent les seules victimes. Partie des deux extrémités du midi de la France, elle a circonscrit le royaume par deux embranchements, l'un commençant à Bayonne, et longeant toute la côte occidentale pour se replier au nord et se rabattre sur Metz et Strasbourg; l'autre s'étendant de Narbonne et Perpignan au midi et à l'est, puis remontant vers le midi pour s'arrêter à Lyon.

Les formes symptomatologiques de cette maladie ont été très variées; c'est ainsi qu'il y a eu des méningites céphalalgiques, délirantes, convulsives, trémulentes, vertigineuses, tétaniques, apoplectiques, etc. On a observé aussi des formes intermittentes dans lesquelles il y avait retour quotidien des accidents jusqu'à la mort, et l'autopsie montrait, comme dans les autres variétés, une suppuration manifeste des méninges.

On sait que la nature de cette maladie a donné lieu à des discussions qui ne sont pas terminées. M. Cayol, se fondant d'un côté sur l'absence des caractères précis de l'inflammation dans plusieurs cas, et se fondant surtout d'un autre côté sur les heureux effets de l'opium, administré par quelques médecins, voit dans cette maladie une *fièvre nerveuse* qui se terminerait souvent par une suppuration des méninges. D'autres médecins, tout en reconnaissant la nature inflammatoire de l'affection, pensent qu'en raison de certaines circonstances, telles que la grande mortalité, l'inefficacité du traitement antiphlogistique, etc., la méningite épidémique revêt un caractère spécifique étranger à la méningite sporadique. M. Casimir Broussais ne veut ni de la *fièvre nerveuse* ni de la *méningite spécifique*. « Comment, dit-il, nier une inflammation en présence de la suppuration? On ne le peut....., mais beaucoup de médecins se sont retranchés dans l'opinion de la spécialité de cette inflammation. » Or, d'après M. Broussais, la méningite épidémique n'est pas plus spécifique que la méningite sporadique; ces deux espèces ont la même nature de franche inflammation et réclament, dès lors, le même traitement antiphlogistique.

Nous accordons encore que la méningite épi-

démique ne diffère pas sensiblement de la sporadique, et qu'elles se traduisent toutes les deux par une lésion inflammatoire des méninges; mais nous n'accordons pas qu'elles réclament pour cela le seul traitement antiphlogistique; car il doit en être de cette inflammation des méninges comme de celle du poumon; et de même qu'il y a des pneumonies inflammatoires, bilieuses, nerveuses, qui réclament chacune des saignées, des vomitifs ou des antispasmodiques, etc., il est tout rationnel d'admettre des méningites identiques, comme la pneumonie, sous le rapport anatomique, mais différant par certaines circonstances pathogéniques qui impriment à l'inflammation des méninges des différences essentielles pour la thérapeutique.

Nous ne faisons en cela que suivre les idées et la doctrine d'un grand clinicien, de l'illustre Stoll, qui expose ainsi la pathogénie de la *phrénésie :* « Je pense que les fièvres accompagnées de phrénésie diffèrent entre elles, comme celles qui le sont d'ophtalmie, d'angine, de pleurésie, de péripneumonie, etc., et j'ai suffisamment prouvé ailleurs combien celles-ci différaient, et par leur origine, et à raison du traitement qui leur convenait. En effet, je le demande, quand on voit une ophtalmie, c'est-à-dire de la rougeur et de la douleur à l'œil, avec un mouvement fébrile, est-ce toujours la même maladie? Cette fièvre *ophtalmique*, si je puis l'appeler ainsi, ne peut-elle pas avoir une origine, une cause différente, et par là même exiger un traitement différent? La fièvre ophtalmique est communément *inflammatoire* : chez d'autres, elle sera *séreuse, rhumatismale*, *gastrique* ou *saburrale*, etc., etc. Il en est de même aussi de la phrénésie, maladie très souvent différente. » (Stoll, *Médecine pratique*, tom. III, p. 170.—Paris, Brosson, an IX.)

Cette diversité pathogénique de la méningite nous rend raison de la diversité des moyens qui ont été préconisés dans l'épidémie dont il est question. Nous plaçons en première ligne les évacuations sanguines, qui ont réussi dans un grand nombre de cas. *Les saignées générales abondantes*, dit M. Broussais, *sont souveraines au début, quand elles sont bien supportées*; cela prouve que la forme inflammatoire de la méningite a prédominé sur les autres formes; mais cette restriction, *quand elles sont bien supportées*, nous indique que souvent il s'est développé des accidents ou un accroissement de symptômes après les saignées, c'est-à-dire que les saignées ne convenaient pas chez certains individus, ou plutôt dans certaines formes de la maladie. Ces formes, qui ne supportaient pas la saignée, auraient peut-être fort bien supporté et avec un grand avantage pour le malade les vomitifs, les narcotiques, le sulfate de quinine, etc. Et c'est très probablement ce défaut de tolérance de la saignée dans des formes particulières, qui a porté M. Chauffard, d'Avignon, à administrer l'opium, et M. Léonard, de Toulon, à recourir au sulfate de quinine. Ces deux médecins se louent chacun de l'emploi de ces deux moyens dans les méningites qu'ils ont eu à traiter, et cependant d'autres praticiens, exerçant dans des lieux différents, ne les ont pas employés avec le même succès. Qu'est-ce à dire, sinon que la maladie, bien qu'identique sous le rapport du siége et de la nature de la lésion anatomique, différait néanmoins sous le rapport de la cause première qui avait présidé à la manifestation de l'inflammation des méninges.

M. Casimir Broussais nous apprend que les émétiques n'ont été employés que par M. Léonard qui paraît s'en être bien trouvé, puisqu'il les conseille. Tous les autres médecins les ont rejetés comme étant généralement contre-indiqués. Nous le regrettons vivement, car on sait que les inflammations et surtout les inflammations épidémiques, reconnaissent souvent une origine saburrale qui ne peut guère disparaître que par les évacuants gastriques; et l'on peut se demander avec quelque raison si, dans ces cas de méningites qui ne supportaient ni la saignée, ni l'opium, ni le sulfate de quinine, le tartre stibié n'eût pas produit une amélioration remarquable, en déterminant d'abondantes évacuations.

Cette exclusion presque unanime des vomitifs, de la thérapeutique, de la méningite, ne nous étonne pas, car les vomitifs, et surtout le tartre stibié, ont été tellement anathématisés par le célèbre chef de la médecine physiologique, qu'il faudra encore longtemps pour rentrer à leur égard dans la voie salutaire de la vérité.

Telles sont les réflexions que nous a suggérées la lecture du travail de M. Casimir Broussais. Nous ne partageons pas, comme on vient de le voir, toutes ses idées sur la pathogénie et la thérapeutique des méningites; mais nous louons sans réserve sa méthode d'exposition, ses recherches consciencieuses et sa bonne foi.

Nous trouvons dans le même volume un mémoire sur l'ivresse, considérée sous le double rapport de la médecine et de la discipline militaire, par M. Gasté, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz.

« Tout homme ivre, dit-il, est un malade à traiter immédiatement, et le plus énergiquement possible dans les cas les plus graves. Dans ceux qui le sont moins, l'intervention du médecin doit encore être la première; et ceux qui agissent en attendant son arrivée,

ou pour remplir les prescriptions, doivent traiter l'homme ivre avec toute la douceur et les ménagements nécessaires. Puis, quand l'ivresse est passée et la santé rétablie, c'est alors seulement que l'intervention de l'autorité des supérieurs doit se faire sentir; que des réprimandes ou des punitions plus ou moins sévères sont nécessaires pour corriger ce vice abrutissant. »

Ce travail se termine par les conclusions suivantes : 1° l'ivresse par excès de boissons alcooliques est un vice dont la fréquence diminue en raison des progrès de l'instruction et de la discipline de l'armée; 2° elle fait périr communément plus de cinquante militaires par an; or, les secours de la médecine étant donnés à temps, il est possible d'arracher à la mort plus de la moitié de ces victimes; 3° l'ivresse est une véritable maladie, dont les effets primitifs et consécutifs nécessitent les secours exclusifs de la médecine; 4° l'autorité du grade, les réprimandes et punitions contre ce vice abrutissant ne doivent intervenir et être appliquées qu'après le retour à la santé; 5° en la prenant enfin pour ce qu'elle est réellement, une maladie, on excite les seuls sentiments d'humanité, de compassion qu'elle doit inspirer, sans voiler nullement le caractère hideux et avilissant de l'ivrognerie.

DE L'EMPLOI DES ÉMÉTIQUES DANS L'APOPLEXIE.

En 1808, un docteur Gay avait publié, à Paris, un essai sur la nature et le traitement de l'apoplexie, dans lequel il combattait avec chaleur les idées que Portal venait de mettre en vogue sur la nécessité de saigner dans l'apoplexie. Il voulait, au contraire, opposer, dans tous les cas, l'émétique, prétendant que la cause première de l'apoplexie est dans les premières voies. Cette opinion exclusive ne pouvait triompher, et le livre de l'adversaire de Portal tomba dans l'oubli. Voici qu'il vient d'en être tiré par un médecin anglais, le docteur Lopeman, qui en fait paraître une traduction. Le traducteur a joint quelques observations qui semblent prouver le bon avantage qu'on peut tirer de l'émétique dans quelques circonstances. Pour nous, nous l'avons vu surtout réussir dans l'imminence de cette terrible affection, et nous pourrions citer plus d'un gros mangeur qui, menacé, après un repas copieux, d'une hémorrhagie cérébrale, dut son salut à l'émétique donné hardiment; mais ce serait tomber dans une ridicule exagération que de prescrire la saignée dans tous les cas. Il serait seulement à désirer que les médecins sortissent de cette routine qu'encourage un préjugé généralement répandu de saigner à tort et à travers dans tous les cas où les signes d'une hémorrhagie cérébrale sont déclarés.

(*Gazette médicale.*)

ASTHME THYMIQUE.

Le docteur Ulrich, de Coblentz, publie, dans un journal allemand (*Wochenschrift fur die Gesameute Heilkande*), une observation d'asthme thymique. Un enfant de six mois, mal nourri, d'un tempérament lymphatique, fut atteint subitement d'une dyspnée extrême, avec sifflement de la trachée, qui se dissipa bientôt pour revenir quelques jours après. L'enfant succomba au troisième accès. A l'autopsie, on trouva que le thymus, volumineux, remplissait tout le médiastin antérieur; il présentait deux lobes, dont le droit était plus long et plus épais que le gauche. Dépassant en haut le sternum, il s'étendait en bas jusqu'au diaphragme. Sur les côtés, il s'étendait au devant des poumons, dont il gênait le développement. La glande n'était pas molle et spongieuse; elle était dure et charnue, et pesait plus de 10 grammes. En haut, elle comprimait la veine-cave supérieure, la veine jugulaire gauche, la veine de l'aorte. Les deux poumons, refoulés en arrière, étaient gorgés de sang. Les glandes mésentériques étaient indurées.

La connaissance de cette affection, qui n'est pas encore suffisamment déterminée, ne remonte pas seulement, comme on le croit généralement, aux travaux des docteurs Kopp et Hirsch. Richa, dans son exposé de la constitution médicale de Turin, dans l'année 1720 (voir le deuxième volume des œuvres de Sydenham, pag. 487), l'indique d'une manière péremptoire :

« Sæpè ego asthma in pueris ab obesi-
« tate nimiâ seu intumescentiâ thymi ortum
« ducere haud inani conjecturâ suspicatus
« sum. Quotquot fœtus tenellique infantes
« mihi occurrerant, quopiam morbo denati,
« hosce omnes curiosè perlustrabam, ac
« thymum potissimùm, quem obesum ac
« inflatum magis ac ætas postulaverat, in
« iis omnibus deprehendi, quibus quædam
« aderat ab ortu anhelitûs angustia. »

(*Gazette médicale.*)

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX, *emploi des vomitifs, du peroxyde de fer et des diurétiques.—Guérison.*

Une jeune fille, poussée par le désespoir, avale dans un verre d'eau une quantité de poudre d'acide arsénieux, qui a été évaluée approximativement à 20 grammes. Deux heures après, M. le docteur Chappuis, appelé auprès d'elle, la trouva dans l'état suivant : visage rouge et animé, yeux humides pau-

pières injectées et demi-fermées; un peu de céphalalgie, intégrité des facultés intellectuelles; langue, cavité buccale et pharynx sans aucune trace de poison; soif et mauvais goût à la bouche; saveur métallique, crachotlement pénible, pas de constriction à la gorge; déjà avaient eu lieu deux vomissements, dont la matière n'avait pas été recueillie; le premier était liquide, blanchâtre, sans aucun mélange d'aliments; le second était également liquide, mais verdâtre. Région abdominale peu sensible, même à la pression; pouls un peu fréquent, fort et parfaitement régulier. Respiration facile, nullement précipitée. Un peu de chaleur à la peau.

M. Chappuis commence par faire donner à la malade un décigramme de tartre stibié dissous dans 20 grammes d'eau; une minute après l'administration de l'émétique, il se déclare un vomissement de matières liquides verdâtres et d'un peu de sang, mêlés de quelques filaments et grumeaux blanchâtres, dans lesquels M. Lecanu reconnut la présence de l'arsenic.

Bientôt on administre le peroxyde de fer hydraté à haute dose. D'abord 125 grammes délayés dans de l'eau à la température ordinaire. Il y eut des vomissements considérables, dont on put retirer encore des grumeaux arsenicaux L'emploi du ferrugineux fut continué sans interruption pendant deux heures et demie; la quantité de magma de peroxyde de fer, prise dans ce court espace de temps, dépassa un kilogramme. A chaque verrée, de nouveaux vomissements avaient lieu et se renouvelaient de cinq en cinq minutes. Au bout de ce temps, selle très abondante et émission d'une notable quantité d'urine.

Vers le soir, les vomissements étaient moins rapprochés, les douleurs n'avaient pas augmentés. Tendance au sommeil et dégoût pour toute espèce d'aliments. Les boissons ferrugineuses sont remplacées par une tisane émolliente, avec deux grammes de nitrate de potasse. Dans la nuit, quelques syncopes légères. Le matin, elle est triste, affaiblie et ne parle qu'avec difficulté. On se contente, pendant la journée, d'un lavement contenant en suspension du peroxyde de fer, et de la tisane émolliente. Le soir, lavement purgatif. Pendant la nuit, deux selles; émission douloureuse d'une grande quantité d'urine, mais mélangée avec la matière des selles et des vomissements. Le surlendemain, les vomissements sont devenus de plus en plus rares. La malade ne consent à boire qu'un peu de limonade. Lavements émollients. Les jours suivants, sous l'influence du même traitement, le mieux continua. Au reste, il n'y eut ni éruptions à la peau, ni douleurs articulaires. Il survint seulement quelques palpitations qui furent combattues avec succès au moyen de potions gommeuses additionnées de poudre de digitale. Huit jours après l'accident, la malade pouvait se lever et se promener.

Les premières urines, confondues avec les matières fécales et la matière des vomissements ne purent être examinées. Celles du deuxième et celles du cinquième jour, analysées par M. le professeur Lecanu, donnèrent une notable quantité d'arsenic.

Cette observation présente plusieurs faits importants à noter :

1° Une grande quantité d'arsenic, en provoquant immédiatement le vomissement, et en forçant ainsi l'estomac à se débarrasser du poison ingéré, peut produire des accidents moins graves que ne le ferait une petite dose sûrement absorbée;

2° Malgré les vomissements énormes qui eurent lieu, la sécrétion urinaire n'a point été suspendue, et la malade a rendu, dans les premières vingt quatre heures, des urines abondantes. Ces urines même, au cinquième jour, donnaient de l'arsenic. Donc une certaine quantité de poison avait été absorbée, et la sécrétion urinaire est une des principales voies par lesquelles la nature se débarrasse du poison;

3° Le peroxyde de fer paraît avoir surtout agi en provoquant des vomissements; a-t-il également, comme le pense l'auteur de l'observation, servi à neutraliser une partie du poison? C'est possible; mais les investigations qui ont été faites ne nous montrent que de l'acide arsénieux, et n'ont nullement constaté la neutralisation de cet acide par le peroxyde de fer.

(*Gazette médicale.*)

FIÈVRE INTERMITTENTE OCTANE.

Les médecins, même ceux qui exercent dans des localités où règnent endémiquement les fièvres intermittentes, ayant très rarement l'occasion d'en observer à type plus reculé que le quarte, ont pris en général l'habitude de nier la possibilité de ces fièvres, qui, selon certains auteurs, reviennent périodiquement à des époques plus reculées; et les exemples qui en ont été cités, sont le plus souvent classés parmi les faits mal observés, ou regardés comme des accès éphémères, dont une cause inconnue a fait par hasard coïncider les époques. Aussi les faits de ce genre dus à des observateurs habiles et dignes de foi doivent-ils être enregistrés avec empressement.

M. Mondière, médecin de l'hôpital de Loudun, a publié dans la *Revue médicale* (juin), une fièvre octane bien caractérisée. Le 17

octobre 1842, ce médecin est appelé près d'un individu âgé de 60 ans, d'une bonne constitution, et dont l'habitation est éloignée de tout endroit marécageux. Huit jours auparavant, dans la nuit du dimanche au lundi, ce vieillard avait éprouvé une sensation de froid bornée aux parties supérieures et promptement suivie d'une forte chaleur, de céphalalgie intense, d'étourdissements, de tintements d'oreille. Ces signes de congestion cérébrale devaient d'autant plus attirer l'attention que le père et un des frères du malade avaient succombé à une attaque d'apoplexie; aussi une saignée fut pratiquée; mais elle ne parut point avoir une influence immédiate sur cet état qui ne se dissipa qu'à dix heures du matin. Le reste de la semaine s'était passé sans accident. Cependant M. Mondière retrouvait le malade dans un état semblable : il avait éprouvé un frisson général et plus fort, frisson qui avait été également suivi de chaleur, de céphalalgie, d'étourdissement, la face était colorée, les yeux injectés, la peau brûlante, la soif était vive, le pouls dur et large donnait de 90 à 100 pulsations par minute; le malade ne pouvait se tenir sur son séant, tant les étourdissements étaient violents. Nouvelle saignée, 15 sangsues à l'anus pour le lendemain, boissons délayantes; lavement purgatif. Une heure après le départ du médecin, une sueur abondante se déclare, dure plusieurs heures et le malade se relève faible mais délivré de tous les accidents qu'il avait éprouvés. Le 24, mêmes symptômes; M. Mondière frappé de la répétition du froid et de la sueur, prescrivit pour la semaine l'usage d'une forte décoction de petite centaurée et pour le dimanche suivant douze décigrammes de sulfate de quinine à donner à la dose de deux décigrammes toutes les deux heures. L'accès suivant fut retardé de six heures, et se borna à un léger frisson suivi d'une fièvre peu intense; le sulfate de quinine fut donné à doses décroissantes les trois dimanches suivants, et le malade n'éprouva plus aucune rechute.

Voici un autre fait rapporté par M. Mondière, qui montre que les détails les plus minutieux sont quelquefois nécessaires pour arriver à la découverte de la vérité, et combien il faut se défier de certaines coïncidences.

Une demoiselle habitant la campagne, consulte M. M... pour une douleur qui revenait régulièrement tous les dimanches. Cette douleur décrivait un cercle autour de la tête, commençait vers neuf heures du matin, augmentait graduellement, atteignait son summum d'intensité vers midi ou une heure, puis décroissait pour disparaître complétement vers le soir; déjà quatre de ces accès s'étaient répétés. Comment ne pas croire à une névralgie intermittente octane; des pilules de sulfate de quinine et d'opium sont administrées trois dimanches de suite, et la douleur reste la même. Le médecin, en observateur habile, au lieu d'insister sur la médication anti-périodique, se livre à de nouvelles investigations, et il apprend que sa malade portant habituellement toute la semaine un simple bonnet, mettait tous les dimanches un chapeau de peluche, dont les bords durs comprimaient la circonférence de la tête; elle s'habillait à 9 heures pour aller à la grand'messe en revenait à midi et quittait son chapeau pour reprendre son bonnet. La cause des accidents était trouvée; il suffit de faire quitter le chapeau pour obtenir la guérison.

PNEUMONIE INTERMITTENTE.

On a souvent confondu sous le nom de pneumonies ou de pleurésies intermittentes, de véritables pneumonies ou pleurésies compliquées de fièvres intermittentes dont les accès étaient accompagnés d'une exacerbation des symptômes. M. Mondière, à la suite des observations précédentes, rapporte une observation de fièvre intermittente dont les accès paraissent avoir été compliqués d'une congestion pneumonique du premier degré.

Le 12 février 1843, une femme de 55 ans, d'une constitution détériorée par la misère, toussant habituellement l'hiver, est prise le matin d'un violent frisson, d'une vive douleur sous le sein gauche, de toux et de crachats sanguinolents; le pouls bat de 90 à 100 par minutes; la peau est chaude, la soif vive, la toux fréquente, l'expectoration difficile, la respiration pénible, les crachats pneumoniques. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue du tiers inférieur du poumon gauche, et l'auscultation y fait constater l'existence d'un râle crépitant bien caractérisé. Une forte saignée est pratiquée, 12 sangsues sont appliquées sur le côté, on donne un looch kermétisé. A quatre heures du soir se déclare une sueur abondante, et avec elle disparaissent la douleur de côté, l'oppression et les crachats sanguinolents. Le lendemain matin la malade est sans fièvre et demande à manger; la poitrine résonne bien et l'oreille ne reconnaît plus qu'une légère obscurité du murmure respiratoire, là où la veille on entendait le râle crépitant. Le sang tiré la veille présente une couenne assez épaisse et les urines offrent un dépôt sédimenteux assez abondant. Cette amélioration subite ne se soutient pas; à dix heures retour du frisson et des mêmes accidents, fièvre, soif, point pleurétique, toux, crachats sanguinolents, retour du son mat et de la crépitation. Le pouls est mou et dépressible; le médecin attend la fin de cet accès qui se termine le soir par une sueur abondante et un soulagement marqué.

Le 14 à sept heures du matin, la malade qui a passé une bonne nuit, qui est sans

fièvre et sans toux, prend immédiatement 25 centigrammes de sulfate de quinine; une semblable dose est administrée deux heures plus tard; l'accès ne revient qu'à quatre heures du soir; le frisson est moins marqué, la toux moins intense, les crachats à peine sanguinolents.

Le 15, nouvelle administration du sulfate de quinine; apyrexie complète. Le 16 et le 17, on continue l'usage du fébrifuge, et depuis lors les symptômes ont entièrement disparu.

DE L'AMAUROSE HYSTÉRIQUE.

Les phénomènes paralytiques, si remarquables, qui accompagnent souvent l'hystérie n'ont pas encore été convenablement étudiés par les pathologistes: nous pensons que nos lecteurs liront avec intérêt un extrait du mémoire qu'a publié le docteur Hocken sur l'amaurose hystérique.

Prodromes. — Les troubles de la vision quelle que soit la forme de l'amaurose (aiguë ou chronique), sont précédés par des accidents gastriques, de la céphalalgie, quelquefois du sub-delirium. Ses prodromes se présentent avec tous les caractères des phénomènes pathologiques de nature nerveuse. Ils apparaissent brusquement avec une intensité extrême, disparaissent tout à coup; les causes les plus légères les reproduisent: une excitation cérébrale, une émotion morale, une frayeur, etc.

Symptômes. — Les muscles orbiculaires se contractent spasmodiquement, surtout sous l'influence d'une lumière vive ou lorsqu'on veut écarter les paupières. Il y a de la photophobie et de l'épiphora. Le globe oculaire ne présente aucune espèce de lésion: quelquefois cependant une rougeur vive, mais passagère, se manifeste sur la conjonctive lorsque l'œil a été soumis pendant longtemps à l'action de la lumière.

Les pupilles, car les deux yeux sont toujours simultanément atteints, sont plus ou moins contractées suivant l'éclat de la lumière et l'irritation de la rétine: du reste elles ne présentent rien d'anormal.

En un mot, à l'exception des troubles fonctionnels et de la contraction spasmodique des paupières, les yeux ne présentent rien de particulier.

Les troubles de la vision sont d'abord peu marqués; la vue est trouble, les contours des objets sont moins nets, mais bientôt la photophobie, la contraction des paupières, la sécrétion continuelle des larmes abolissent presque complétement la vue.

Ces symptômes restent à peu près les mêmes, soit que la malade soit exposée à une vive lumière, soit qu'elle soit placée dans l'obscurité. Dans ce dernier cas la photophobie diminue cependant un peu.

Diagnostic.—Le diagnostic n'offre de difficultés que pour distinguer l'*amaurose hystérique* de l'*amaurose sympathique* qui accompagne souvent certaines affections de l'utérus ou du canal intestinal.

Dans l'amaurose sympathique, les accidents utérins ou intestinaux précèdent constamment les troubles de la vision. Dans l'amaurose hystérique ceux-ci apparaissent en premier lieu, et peuvent n'être accompagnés d'aucun autre phénomène pathologique.

Dans l'amaurose sympathique la photophobie, la contraction des paupières sont moins prononcées ou manquent complétement.

Dans l'amaurose sympathique, un seul œil est atteint dans la majorité des cas.

Dans l'amaurose sympathique on observe ordinairement une congestion sanguine, plus ou moins considérable, des parties constituantes du globe de l'œil, la tête est également congestionnée, les carotides battent avec violence, la face est rouge, turgescente. Dans l'amaurose hystérique ces symptôme n'existent pas.

L'amaurose sympathique est souvent accompagnée de strabisme.

L'auteur établit ensuite le diagnostif différentiel entre l'*amaurose utérine* et l'*amaurose intestinale.*

L'amaurose intestinale est ordinairement aiguë; elle se manifeste brusquement après un accès de dyspepsie, l'ingestion d'aliments indigestes, de mauvaise nature. Les pupilles sont dilatées, non contractiles; la vision est ordinairement complétement abolie; il y a strabisme. Ces symptômes sont de courte durée, disparaissent brusquement, se reproduisent périodiquement.

Dans l'amaurose utérine la marche n'est point aussi aiguë; la vue n'est que troublée et d'un seul côté seulement: il y a photophobie, contraction des pupilles, céphalalgie, syncopes.

Dans l'amaurose intestinale la peau est rude, sèche; la face pâle, tirée; la conjonctive présente une légère teinte ictérique; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre.

L'amaurose hystérique pourrait encore être confondue avec une *rétinite chronique*, mais dans cette dernière, les pupilles sont plus fortement contractées; elles sont irrégulières, déformées, elles ont perdu leur contractilité; la maladie est ordinairement bornée à un seul œil; les parties constituantes du globe de l'œil sont plus ou moins altérées, elles sont le siége d'une chaleur plus ou moins vive, il y a de la fièvre, des symptômes inflammatoires.

Sans contester l'exactitude de ces différentes propositions nous devons avouer que nous ne sommes point parfaitement édifiés

sur l'existence et les caractères des amauroses hystériques, intestinale et uterine etablies par l'auteur.

Traitement.—L'amaurose hystérique *aiguë* doit être combattue par des purgatifs doux; le calomel associé à l'opium convient parfaitement. Souvent tous les accidents disparaissent après l'administration d un lavement contenant 15 à 30 grammes de térébenthine et une égale quantité d'huile de ricin. Lorsque la maladie résiste aux minoratifs et que l'état des voies digestives le permet, il faut recourir aux drastiques et spécialement à l'al. es.

Si l'amaurose resiste à ce traitement, et si elle revet la forme chronique on ne peut plus espérer de la faire disparaître en peu de temps, et le traitement devient alors celui de l'hystérie. On eloignera toutes les causes d'émotions morales vives, d'irritation du système nerveux, on prescrira les antispasmodiques, l'assa-fœtida, le camphre. La malade doit être soustraite à l'action de la lumière ; les applications froides autour de la tête sont souvent utiles.

Quelquefois on se trouve bien d'un traitement local, d'une application de sangsues aux apophyses mastoïdes, de celle d'un vesicatoire à la nuque.

A l'appui de sa description, le docteur Hocken cite quelques observations que nous croyons utile de reproduire.

Observation Ire. — *Amaurose hystérique aiguë.*—Madame X..., maigre, chétive, nerveuse, ayant éprouvé des attaques hystériques, devint enceinte. Sa grossesse fut accompagnée de dérangements gastriques, de vomissements, de diarrhée alternant avec de la constipation, de douleurs dans les hypochondres. Au septième mois de sa grossesse elle fit une chute légère sur un escalier et le même jour elle eut une scène violente avec son mari. Le soir elle fut prise, tout à coup, d'un frisson auquel succéda une chaleur intense, d'une céphalalgie très vive, d'une douleur insupportable dans les régions sourcilières, de sécheresse dans la gorge. Pouls petit, mou mais fréquent; la vue est troublée ; la malade ne peut supporter le moindre bruit; elle est pâle, près de tomber en syncope à chaque instant; l'abdomen est tendu et légèrement douloureux, la langue couverte d'un enduit brun très épais, la respiration gênée; les urines sont abondantes et décolorées.

Bientôt les douleurs abdominales devinrent intolérables ; la malade ne pouvait supporter la moindre pression ni même le contact de ses couvertures ; le moindre mouvement lui faisait jeter des cris perçants.

La douleur présentait un caractère remarquable ; elle était horriblement exaspérée par un contact léger tandis qu'elle était plutôt diminuée qu'augmentée par une pression énergique: elle se propageait à la cuisse en suivant la face interne du membre.

Prescription. — 75 centigrammes de rhubarbe avec 25 centigrammes de calomel.—Lavements avec 15 grammes de térébenthine.

Cette médication purgative fit disparaître tous les acidents.

Observation IIe. — *Amaurose hystérique aiguë.*—Madame B..., après avoir éprouvé une attaque de rhumatisme aigu compliqué d'endocardite, éprouva quelque temps après, dans plusieurs articulations, des douleurs qui furent jugées rhumatismales et traitées par la colchique.

Ce médicament étant resté inefficace et les commémoratifs ayant appris que la malade avait éprouvé quelques années auparavant des attaques hystériques, on substitua la valériane à la colchique, et cette nouvelle médication fit cesser tous les accidents.

En interrogeant le malade on apprit alors qu'à une époque antérieure elle avait, tout à coup, complètement perdu la vue pendant une semaine et présenté tous les symptômes qui caractérisent l'amaurose hystérique.

Observation IIIe. — *Amaurose hystérique chronique.*—Une femme de 21 ans, ayant eu des attaques d'hysterie, se plaignit d'éprouver des douleurs dans les régions sourcilières et d'avoir la vue troublée.—Photophobie, contraction des muscles orbiculaires et des pupilles, epiphora. Cet état se prolongea pendant plusieurs mois et présenta des rémissions et des exacerbations alternatives. Quelquefois la vision était presque complètement abolie et il survenait de la dysphagie et d'autres symptômes d'hystérie (*boule hystérique*, *palpitation, dysménorrhée, etc.*).

On prescrivit des applications de sangsues aux tempes, des vésicatoires à la nuque, des purgatifs, des emmenagogues, et l'on fut obligé de continuer ce traitement pendant plusieurs mois pour obtenir une guerison complète.

Observation IVe.—*Amaurose sympathique utérine.*—Une jeune femme de 21 ans, lymphatique, était placée devant une fenêtre ouverte pendant un orage; un éclair sillonna l'horizon devant elle et immédiatement les symptômes suivant se manifestèrent. Injection fine et circulaire autour de la cornée transparente, douleur violente dans la tête et les yeux, fièvre, photophobie, abondante sécrétion des larmes.

Des sangsues, des purgatifs et des dérivatifs cutanés firent disparaître ces accidents.

Quelques mois après, cette jeune femme se plaignit d'avoir la vue trouble, de ne pouvoir supporter l'éclat de la lumière, et d'éprouver des irrégularites dans sa menstruation. Les paupières se contractaient convulsivement lorsqu'on tentait de les écarter, la

conjonctive était injectée, les pupilles étaient contractées, une douleur assez intense se faisait sentir dans la région frontale.

Les dérangements de la menstruation, l'absence de toute altération de structure dans les parties constituantes du globe de l'œil, malgré la longue durée de la maladie, l'absence de phénomènes inflammatoires intenses firent reconnaître la nature de ces accidents.

Les antispasmodiques, les toniques, les emménagogues amenèrent, en peu de temps, une guérison complète.

(*Schmidt's Jarbücher*, 1843, nº v.)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE PROTO-IODURE DE MERCURE.

(MIALHE.)

M. Mialhe a reconnu qu'il existe dans la pharmacie deux espèces ou variétés de proto-iodure de mercure: l'un, jaune verdâtre, est du proto-iodure neutre; l'autre, d'un vert plus foncé, est du proto-iodure basique, renfermant 8 pour 100 de mercure en excès. Or, c'est précisement cette dernière variété que l'on trouve généralement aujourd'hui dans le commerce de la droguerie chimique, et partout dans un grand nombre de pharmacies.

Cet iodure, renfermant une proportion de bi-iodure, moindre que celui qui est préparé d'après le Codex, mériterait certainement de lui être préféré pour l'usage de la médecine, s'il n'était pas possible d'enlever au proto-iodure neutre le bi-iodure qu'il renferme, mais rien n'est plus facile à faire: il suffit, en effet, de le laver à plusieurs reprises avec de l'alcool chaud, jusqu'à ce que ce dernier ne précipite plus par l'hydrogène sulfuré, pour l'en dépouiller entièrement.

SUR L'EMPLOI DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Plusieurs médecins emploient encore souvent l'essence de terebenthine, à l'exemple de Durande, comme un stimulant utile pour faciliter l'excrétion des calculs biliaires ou pour combattre certains engorgements abdominaux chroniques. On emploie encore cette essence d'après MM. Récamier et Martinet comme un moyen efficace de combattre la sciatique. Dans ces derniers temps M. Tessier l'a souvent prescrite d'après une indication de M. Foville pour combattre l'épilepsie, et cet agent s'est montré efficace, sinon pour prévenir, au moins pour retarder les accès de cette cruelle maladie. Comme les diverses préparations de térébenthine ont toutes l'inconvénient de ne point masquer la saveur détestable de cette essence, il emploie l'électuaire suivant, qui s'administre, dit-il, avec la plus grande facilité.

♃ Gomme arabique.......	10 grammes.
Mélangez avec eau......	10
Ajoutez miel blanc......	50
Esssence de térébenthine.	50
Magnésie carbonatée....	q. s.

F. s. a. un électuaire d'une consistance molle, à administrer à la dose de 2 à 10 grammes par jour dans du pain azyme. A l'exemple de M. Rayer, il est quelquefois utile d'associer à cette formule une petite proportion d'opium, 10 à 20 gouttes de laudanum de Rousseau, par exemple, qu'on ajoute au mucilage pour toute la dose précédente.

SPARADRAP D'OPIUM.

(SCHAEUFFELLE.)

Les mouches d'opium qu'on prescrit quelquefois pour combattre les névralgies présentant quelques inconvénients, M. Schaeuffelle propose de les remplacer par la préparation suivante: on étend sur une planchette, au moyen de petits clous, du taffetas noir, serré et épais; on applique sur ce taffetas, à l'aide d'un pinceau, trois couches d'extrait gommeux d'opium, auquel on a ajouté un sixième de poudre fine de gomme arabique, et suffisante quantité d'eau pour donner à l'extrait la densité d'un sirop très cuit. On conserve ce taffetas dans un endroit sec.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'EAU, SOUS LE RAPPORT HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL, OU DE L'HYDROTÉRAPIE, par M. SCOUTETTEN, *premier professeur et chirurgien en chef à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg*, etc. — Paris, J.-B. Baillière. — Strasbourg, Levrault, 1843. Prix: 7 fr. 50 cent.

M. Scoutetten nous apprend dans sa préface « qu'après avoir longtemps écouté la narration des faits remarquables produits par l'hydrothérapie, après en avoir vu quelques-uns, il a cru indispensable d'examiner sérieusement ce qu'il peut y avoir de vrai et d'utile dans ce traitement. Il a fait un voyage en Allemagne, il a visité les établissements, il a interrogé les hommes habiles en cette matière, il a expérimenté lui-même, et il vient aujourd'hui exposer le résultat de ses recherches. »

L'ouvrage commence par la relation assez étendue du voyage que l'auteur a fait dans les principales villes de l'Allemagne. On y trouve surtout des détails curieux et circonstanciés sur Grœfenberg, petit hameau de la Sibérie autrichienne, où est né et où reside Priessnitz, le fameux inventeur de l'hydrothérapie. D'a-

près M. Scoutetten, ce paysan médecin connaît à peine ses lettres, il parle peu, et ne donne que fort rarement les motifs de ses prescriptions, mais il sait ce qu'il faut faire quand on lui présente un malade, et il ne lui manque que les raisons scientifiques pour justifier ses actes. On voit à Grœfenberg des malades venus de tous les points les plus éloignés, de Moscou, de Paris, d'Astracan, de l'Italie, etc. Le nombre de ces malades est allé successivement en augmentant depuis 1829 jusqu'en 1840; la progression s'élève entre ces deux années de 45 à 1,576 individus. Depuis 1840, l'affluence des visiteurs baisse d'une manière notable. Ainsi, en 1841, on ne trouve plus que 1,400 malades, et en 1842, le chiffre précédent descend encore à 1,116. Comme on le voit le prestige attaché aux cures de Priessnitz est évidemment en période décroissante.

M. Scoutetten a fait des recherches nombreuses sur l'historique de l'emploi hygiénique et médical de l'eau. Il établit à ce sujet trois divisions chronologiques : 1° depuis Moïse jusqu'à Mahomet; 2° depuis Mahomet jusqu'à Frederic Hoffmann; 3° Depuis Hoffmann jusqu'à Priessnitz. Pour le dire en passant, nous trouvons singulièrement flatteur pour notre guérisseur silésien de voir son nom accolé à des noms aussi illustres.

L'hydrothérapie agit d'une manière particulière sur les sueurs et les urines, qui présentent des différences nombreuses selon les cas. Mais ce qui frappe le plus dans cette médication, c'est son influence sur la peau. Selon M. Scoutetten, la plupart des malades qui se soumettent à la méthode de Priessnitz sont atteints d'affections cutanées de plusieurs espèces; ainsi ce sont, tantôt des furoncles ou abcès, dont le volume et le nombre varient extrêmement; d'autrefois il survient des phlyctènes blanchâtres, grises, bleues ou noires, qui se terminent par la mortification du derme sous-jacent, ou par des ulcères; il se développe enfin des pustules ou vésicules qui ressemblent à celles de la variole, de la miliaire, de l'eczema, etc. Il y aurait, dit M. Scoutetten, un travail neuf et très curieux à faire sur ce point.

Un chapitre très long est consacré aux observations des maladies aiguës et chroniques, soumises à l'hydrothérapie. Quelques-unes de ces maladies ont été traitées par Priessnitz lui-même, d'autres l'ont été par M. Scoutetten. On voit avec étonnement, dans ce chapitre, l'observation d'une pneumonie aiguë emportée le troisième jour du traitement par l'eau froide administrée par Priessnitz en personne. Certes, ce succès est trop effrayant pour qu'on soit tenté de le rechercher, en traitant les pneumonies par l'hydrothérapie.

N'ayant pas été à même de voir expérimenter la méthode de Priessnitz, nous ne pouvons guère affirmer ou infirmer les jugements favorables que M. Scoutetten porte sur elle. Nous pouvons seulement dire que M. Scoutetten était parfaitement en demeure, soit par son instruction, soit par son expérience clinique, d'apprécier les effets de cette méthode.

Nous conseillons, sur le même sujet un mémoire très intéressant, publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, numéros 3 et 4, 1843, par M. Boyer (1), professeur à la Faculté de Strasbourg. L'auteur de ce travail, qui est loin d'être admirateur de Priessnitz, s'est livré à des recherches historiques nombreuses et approfondies pour montrer que l'emploi de l'eau a été préconisé par des médecins d'un grand mérite. Il pense, avec beaucoup de raison, que cette connaissance des salutaires effets de l'eau est tombée des médecins dans le peuple, surtout dans celui de la Silésie; que là, elle s'est transmise par tradition, et qu'il s'est trouvé un homme plus habile que les autres qui l'a produite au grand jour, en la donnant comme nouvelle. L'amour du merveilleux a fait le reste.

MANUEL DE DIAGNOSTIC DES MALADIES DU CŒUR, *par le docteur Andry, ancien chef de clinique à l'hôpital de la Charité*, 1 vol. in-18.—Paris, Germer Baillière, 1843. Prix : 2 fr. 50 cent.

M. Andry, ancien élève et chef de clinique de M. le professeur Bouillaud à qui nous devons des travaux si importants sur la pathologie du cœur, a voulu populariser la pratique de son maître en publiant ce manuel. Il a eu le bon esprit d'ajouter à l'exposition théorique de la séméiologie du cœur, une série d'observations recueillies avec toutes sortes de détails les plus circonstanciés; de telle sorte qu'on a pour ainsi dire l'exemple à côté du précepte. Sous ce rapport, le manuel de M. Andry nous paraît l'emporter de beaucoup sur ceux qui l'ont précédé. Nous ne pouvons pas adopter la théorie générale de mouvements et de bruits, qui sert pour ainsi dire de base, soit aux observations, soit aux principes de diagnostic; nous ne le pouvons, parce que nous nous sommes élevés déjà assez au long dans ce journal contre la théorie de M. Rouennet, dont la théorie adoptée par M. Andry n'est qu'une légère modification. Ce manuel est écrit en style correct, clair, et sera très utile aux élèves et à tous ceux qui veulent savoir jusqu'à quel point il est possible de diagnostiquer les lésions du cœur.

---

(1) Ce mémoire a été tiré à part, et se trouve à Strasbourg, chez Derivaux, ou à Paris, chez J.-B. Baillière.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 8 août.)

L'Académie décide que M. Pariset la représentera dans la solennité de l'inauguration de la statue de Bichat, à Bourg.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Brierre de Boismont, intitulé *Du délire aigu*. Nous rendrons compte du travail de M. Brierre.

(Séance du 22 août.)

M. Londe annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Chervin.

(Séance du 29 août.)

MM. Pariset et M. Royer-Collard donnent lecture des discours qu'ils ont prononcés après l'inauguration de la statue de Bichat, l'un comme représentant de la Faculté de médecine de Paris, l'autre comme mandataire de l'Académie.

M. Bousquet lit un mémoire dont voici la substance :

On assure que le virus vaccin perd une partie de son énergie après la vingtième transmission, et l'on a proposé de le régénérer en le transportant alternativement de l'homme à la vache et de celle-ci à l'homme ; mais les tentatives faites dans ce but ont échoué, l'inoculation de l'homme à la vache ayant presque toujours donné des résultats négatifs.

M. Bousquet pensant que l'âge trop avancé des animaux choisis par les expérimentateurs était la cause de leur insuccès, a pratiqué ses inoculations sur des veaux ou sur des génisses âgés de quelques jours à deux ans, et constamment il a vu se développer des pustules vaccinales parfaitement régulières, dont le liquide inoculé à des enfants a produit une bonne vaccine.

Pour déterminer maintenant si le virus pris sur la vache a une action qui lui soit propre, M. Bousquet l'a inoculé sur le bras droit d'un enfant sur le bras gauche duquel il a inoculé le virus ordinaire. Des deux côtés se sont montrées des pustules parfaitement identiques. M. Bousquet en conclut que le virus vaccin ne subit aucune transformation par son transport de l'homme à la vache.

Le travail de M. Bousquet a soulevé une assez longue discussion. M. Emery confirme cette assertion que le virus nouveau produit des pustules plus larges, plus inflammatoires que le virus ancien, et il assure que la revaccination qui réussit d'autant moins que l'on se rapproche davantage de l'époque de la première vaccination, donne chez les enfants des résultats plus fréquents avec un virus nouveau qu'avec un virus ancien.

Mais, dit M. Moreau, il est impossible, dans la majorité des cas, de déterminer avec exactitude l'âge du virus employé. L'action préservative de la vaccine est-elle en raison directe de l'intensité des phénomènes qu'elle produit? Jamais, ajoute M. Moreau, je n'ai vu l'âge des sujets exercer une influence quelconque sur la réussite de la revaccination.

M. Gaultier de Claubry croit, avec M. Rochoux, qu'un virus ancien préserve tout autant qu'un virus nouveau, et il cite à l'appui de cette opinion un fait qui ne nous paraît pas avoir la valeur que lui assigne M. Gaultier : un enfant est vacciné avec du virus nouveau à l'un des bras, avec du virus ancien à l'autre; l'action du premier virus est plus intense que celle du second, et cependant au bout de deux ans l'enfant présente une varioloïde.

M. Moreau regrette que l'on s'occupe encore à l'Académie de questions qui jettent l'inquiétude dans le public et discréditent la vaccine. Cette objection ne saurait être prise dans un sens absolu; la crainte d'inquiéter le public ne doit pas arrêter la marche de la science, entraver la recherche de la vérité; mais nous pensons avec M. Moreau qu'il est certaines questions que l'on ne doit aborder que lorsque l'on est en état de les résoudre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 31 juillet.)

MM. Mojon et Rognetta adressent à l'Académie un mémoire sur l'*empoisonnement par le nitrate de potasse*. Ils établissent : 1° que, contrairement à l'assertion émise par M. Orfila, le nitrate de potasse est absorbé lorsqu'on le porte sous la peau : douze grammes de ce sel dissous dans cent grammes d'eau et injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané tuent un lapin de taille moyenne dans l'espace de six à huit heures; 2° une sécrétion urinaire extraordinaire est le phénomène le plus remarquable que présentent les animaux empoisonnés : elle commence presque aussitôt que le poison est parvenu dans l'estomac et ne s'arrête que quelques heures avant la mort; 3° à l'autopsie, on ne trouve pas la

moindre trace d'inflammation ni dans l'estomac, ni dans les intestins, ni dans les reins, ni ailleurs. Tous les organes sont blancs et d'une flaccidité remarquable : les veines abdominales sont gorgées de sang, comme dans la mort par asphyxie; 4° l'action dynamique du nitrate de potasse paraissant être de nature asthénisante, il était naturel de chercher l'antidote parmi les substances stimulantes, et en effet tous les animaux auxquels on a administré le poison dissous dans du vin ont survecu.

(Séance du 7 août.)

La loi d'antagonisme occupe de nouveau l'Académie; nous reviendrons sur cette importante question (*voyez* VARIÉTÉS).

M. Grunsbourg, médecin à Breslau, adresse un mémoire dans lequel il établit que la plique polonaise est produite par le developpement d'une végétation.

M. Moreau de Jonnès, à la demande de plusieurs membres de l'Académie, complète la note statistique relative à l'aliénation mentale, qu'il a lue dans la séance du 10 juillet dernier.

Il résulte des recherches de M. Moreau que, sur 1,000 aliénés, 688, 8 le sont par causes physiques et 311, 2 par causes morales. Les causes physiques se distribuent de la manière suivante :

Idiotisme	321 sur 1,000
Epilepsie	165
Ivrognerie	114
Irritation excessive	94
Caducité	78
Misère	47
Onanisme	42
Fièvre, phthisie	33
Excès de travail	25
Coups et blessures	22
Autres causes	59

Les causes morales sont ainsi partagées :

Chagrin	377 sur 1,000
Amour et jalousie	224
Religion mal entendue	150
Ambition	100
Orgueil	92
Politique	57

Ces chiffres semblent être en contradiction avec ceux de M. Parchappe, qui établit que les causes morales produisent 630 aliénés sur 1,000, tandis que toutes les autres causes, de quelque nature qu'elles soient, n'en produisent que 370 (*Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale*, 1839, pag. 17); mais si l'on remarque que M. Parchappe a rejeté avec raison de ses tableaux les idiots, et que M. Moreau considère comme des causes physiques de folie des états morbides mal définis (*irritation excessive*, *fièvre*) ou des maladies dont rien ne démontre l'influence pathogénique (*phthisie*), on verra que cette contradiction n'est qu'apparente.

« En résumé, dit M. Moreau, lorsque l'on examine les causes physiques et morales de l'aliénation mentale, sans distinction de catégories, on reconnaît avec certitude qu'il n'y en a aucune qui soit nouvelle et récente, aucune qui appartienne en propre au temps et au pays où nous vivons. Toutes, au contraire, sont aussi vieilles que le monde, et peuvent être signalées, d'après les traditions bibliques dans les premières familles du genre humain. Or, comme des causes semblables produisent des mêmes effets, il est rationnel d'en conclure que la folie est, comme d'autres maux et d'autres infortunes, un triste apanage de l'homme depuis son apparition sur la terre. La civilisation ne peut donc en être accusée; et, en effet, il ne faudrait pas des recherches historiques bien étendues pour signaler l'existence de l'aliénation mentale à toutes les époques de l'antiquité et des temps modernes, et dans toutes les phases de l'etat social des peuples. » On sait que nous nous associons complétement à ces propositions.

(Séance du 14 août.)

M. Gruby établit que le *porrigo decalvans* est produit par le developpement d'une espèce particulière de cryptogames, qu'il désigne sous le nom de *microsporon audouini*.

Le cryptogame se développe sur la surface des cheveux, à un ou deux millimètres de l'épiderme, et il forme bientôt à ceux-ci une véritable gaîne végétale qui accompagne le poil depuis sa naissance jusqu'à une distance d'un à trois millimètres. Ces cryptogames croissent et se multiplient avec une grande rapidité : en peu de jours, ils couvrent une plaque de trois à quatre centimètres; au bout de huit jours, les cheveux se cassent dans le point où ils sont entourés par la plante parasite.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour confirmer l'origine végétale que M. Gruby assigne à la teigne faveuse, à la mentagre et au porrigo decalvans.

Le docteur Bailleul, de Bolbec, annonce qu'il emploie avec succès les lotions chlorurées dans le traitement de la variole confluente.

VARIÉTÉS.

Le département de l'Ain vient d'honorer d'une manière éclatante la mémoire de Bichat.

La statue de cet illustre physiologiste a été inaugurée, le 24 du mois dernier, sur une des places publiques de Bourg.

Cette statue de bronze est encore due au talent fécond de M. David (d'Angers). Bichat, debout, étudie la vie sous la figure d'un enfant, et la mort sous celle d'un cadavre à moitié disséqué. C'est une allusion ingénieuse au plus populaire de ses ouvrages.

Des discours ont été prononcés : par M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine ; par M. Royer-Collard, au nom de la Faculté de Paris ; par M. Forget, au nom de celle de Strasbourg. M. Hippolyte Larrey a parlé pour la société d'emulation de Paris ; M. Bonnet, pour l'école secondaire de Lyon, et M. Roux pour le corps médical de Marseille. On ne s'explique pas l'absence d'un représentant de la Faculte de Montpellier à cette solennité. Aurait-on oublié de l'inviter...., ou bien Bichat ne serait-il pas assez vitaliste pour elle.....?

—Chervin est mort, le 14 août, à Bourbonne-les-Bains, des progrès d'une affection organique du cœur. Grâce à la généreuse confraternité du docteur Therrin, aucun secours, aucune consolation ne lui ont manqué.

Aprés avoir usé sa vie et dépensé sa fortune dans le but de faire modifier le régime sanitaire adopté en Europe, relativement à la fièvre jaune, Chervin est mort pauvre. « Je n'ai rien à laisser, a-t-il dit dans son testament ; tout ce que j'ai reçu de mes parents, tout ce que j'ai pu gagner dans la pratique de la médecine ayant été absorbé par les investigations auxquelles je me suis livré pendant vingt-sept ans sur l'origine et le mode de propagation de la fièvre jaune. Non seulement j'ai consacré tout ce que je possédais à cette grande et laborieuse entreprise, mais j'ai eu recours à mes amis. Mes travaux ayant répandu des lumières qui ont profité à la France, j'exprime le vœu, dans ce moment solennel, que la France rembourse les dettes que j'ai contractées envers ces généreux citoyens. » Noble confiance d'une âme honnête et pénétrée de la sainteté de sa mission. Espérons que le pays repondra à l'appel que lui adresse Chervin de son lit de mort.

— Le discours prononcé par M. Pariset, à Bourg est une éloquente et touchante biographie où sont retracés, avec un rare bonheur d'expressions et de pensées, les grandes qualités dont a brillé Bichat. Ce n'est qu'en passant et en se plaçant au point de vue du spiritualisme, ou plutôt du vitalisme des *Médecins orthodoxes*, que M. Pariset a indiqué la place scientifique que doit occuper l'immortel auteur du traité des membranes.

M. Royer-Collard s'est imposé une tâche plus difficile et plus grave : après avoir montré qu'à Bichat appartient la gloire d'avoir créé, en France, la physiologie et l'anatomie générale, il a soumis les travaux de ce grand homme à une appréciation générale et philosophique et s'est efforcé de déterminer l'influence que les *doctrines* de Bichat ont exercée et doivent exercer sur les sciences médicales.

« Bichat, a dit M. Royer-Collard, a suivi, dans ses investigations, la méthode de Bacon ; il a étudié les faits, et l'Ecole de Paris se glorifie de l'*observateur* dont elle s'applique à suivre les traces Mais après avoir colligé des faits, Bichat en a tiré des inductions, il a *systématisé*, et ici l'Ecole de Paris est obligée de se séparer de lui. Les prémisses sont les mêmes, la conclusion est différente. »

Ramenant alors la doctrine des forces vitales à sa véritable valeur, M. Royer-Collard a établi avec un grand talent d'exposition, une grande puissance de raisonnement la base solide sur laquelle doivent reposer les sciences medicales.

Les circonstances actuelles donnent une importance particulière au discours de M. Royer-Collard, car la Faculté de médecine, pas plus que la Faculté des lettres, n'est à l'abri des attaques d'un certain parti. M. Royer-Collard s'est prononcé avec netteté et fermeté ; nous serions heureux d'apprendre que la Faculté tout entière s'associe à son énergique et courageuse profession de foi. Il est temps d'opposer une barrière aux hommes qui ne tendent à rien moins qu'à substituer les neuvaines à la thérapeutique.

M. Royer-Collard a termine par une brillante et chaleureuse apologie de Bichat : se montrant ainsi tour à tour homme d'une haute intelligence, esprit sévèrement philosophique, écrivain remarquable. Son discours est à la fois une belle œuvre scientifique, une bonne et loyale action.

— M. Boudin a communiqué à l'Académie des sciences, dans la seance du 7 août, deux documents qui viennent à l'appui de sa loi d'antagonisme. L'un est une lettre du docteur Pacoud, de Bourg, homme d'une vaste expérience et d'une loyauté reconnue.

« A une époque déjà bien éloignée, dit ce médecin, ma clientèle s'étendait au loin dans le pays d'etangs : j'ai vainement consulté mes souvenirs et mes notes, je n'ai trouvé

aucune trace de phthisie tuberculeuse. L'hôpital de Bourg, qui reçoit beaucoup de malades de ces contrées, ne nous a pas présenté *un seul phthisique parmi eux...* J'ai cru devoir ne pas m'en rapporter à moi seul, et j'ai consulté parmi nos collègues les meilleurs observateurs, et notamment le docteur Hudellet père, médecin de l'hôpital de Bourg, et très souvent appelé du côté de Villard, Marlieux et les autres communes situées *au centre des étangs.* Il ne se rappelle pas y avoir rencontré *un seul exemple de phthisie.* Une remarque que je tire de mon propre fonds, c'est que les enfants appartenant à des familles riches, et qui sont envoyés au dehors pour leur éducation, perdent le bénéfice des pays paludeux. »

Le second document envoyé par M. Boudin est une lettre du docteur Nepple.

« Pour moi, dit ce dernier, le fait de la rareté de la phthisie dans les localités marécageuses n'est pas douteux, et cette *rareté* m'a toujours paru être *en rapport direct avec l'intensité des éléments d'impaludation.* De telle sorte que si, dans les communes situées *au centre* du pays d'étangs, on n'observe pas *un seul phthisique*, on en retrouve un nombre qui va toujours croissant à mesure que l'on s'éloigne de ce centre. D'où il résulte, qu'à une certaine limite, on trouve réunis et les tubercules et les fièvres intermittentes. »

Certes, les assertions des docteurs Pacoud et Nepple ont une valeur respectable; mais M. Boudin, qui aime les renseignements positifs, les évaluations en chiffres, les statistiques bien faites, ne saurait refuser une grande importance au mémoire que vient de publier le docteur Gintrac (*Gazette médicale de Paris*, nº du 5 août 1843).

M. Gintrac divise le département de la Gironde en trois parties : 1º Bordeaux et sa banlieue, bâtie sur un sol paludeux; 2º contrées situées sur la rive gauche de la Garonne et de la Gironde, également marécageuses, quoiqu'à un moindre degré; 3º contrées situées sur la rive droite, présentant un fond calcaire et argileux.

Or, sur 871 malades atteints de fièvres intermittentes, 387 appartiennent à Bordeaux et à sa banlieue, 379 à la rive gauche et 105 à la rive droite. Sur 134 phthisiques, 100 appartiennent à la première circonscription, 27 à la seconde et 7 à la troisième.

« Il en résulte, dit M. Gintrac, que dans le département de la Gironde, et parmi les malades admis pendant quatre ans dans les salles de la clinique médicale, il y a eu entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire, *non antagonisme*, mais *parallélisme* assez exact sous le rapport de la fréquence respective de ces maladies. »

A ceci nous savons que M. Boudin répond : le département de la Gironde est un de ces pays *mixtes*, où l'on rencontre et des fièvres intermittentes et des phthisies pulmonaires; pour étudier convenablement la loi d'antagonisme, il faut se placer dans les *centres d'impaludation.*

Nous ferions volontiers cette concession à M. Boudin, si le travail de M. Gintrac n'établissait pas un *rapport direct* entre *la fréquence* de la phthisie pulmonaire et *l'intensité des éléments d'impaludation.*

M. Boudin promet une prochaine réfutation à M. Gintrac : nous serions heureux de la trouver complète et solide.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, *par M. le professeur* Trousseau et *M. le docteur* Pidoux, deuxième édition, 2 forts volumes in-8º. Prix : 19 francs. — Chez *Béchet jeune*, place de l'École-de-Médecine, nº 1er.

Tableau synoptique des maladies de la peau. — Réunissant la concordance des classifications et nomenclatures adoptées par Plenck, Alibert, Willan, M. Rayer, Cazenade, Gibert et l'auteur, et l'exposé des éléments historiques propres à rappeler l'étymologie, les caractères morbides, le siége apparent et anatomique, les causes, la marche, la durée, le mode de terminaison, le diagnostic, le pronostic, les espèces ou variétés et le traitement des principales maladies cutanées, par M. Duchesne Duparc, D. M. P., de Moulins-la-Marche (Orne), ancien interne d'Alibert, à l'hôpital Saint-Louis. Un tableau grand in-folio, format colombier. —Prix : 1 fr. 50 cent.

Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, nº 10.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8º. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie.* — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, nº 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue Mazarine, nº 32.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.,
Rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

JOURNAL

DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

OCTOBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Études cliniques sur les maladies des vieillards;

par **J.-H.-S. BEAU**, *médecin du Bureau central.*

La pathologie des vieillards présente des traits tout à fait distincts, et néanmoins elle n'a pas encore été consignée, comme la pathologie des enfants, dans des traités spéciaux d'une certaine étendue. En effet, si l'on excepte l'important mémoire de M. Prus (Mémoires de l'Académie royale de médecine, tom. IXe) et celui non moins intéressant de MM. Hourmann et Dechambre (Archives générales, août 1835), on ne trouve en France aucun ouvrage qui embrasse d'une manière spéciale et complète les maladies de la vieillesse. Mon intention n'est pas de combler toutes les lacunes qui existent dans l'histoire de ces maladies; je veux seulement signaler certains faits pathologiques qui m'ont frappé depuis que je remplace (1) M. le docteur Dalmas, dans son service de l'infirmerie de la Salpêtrière, lequel service comprend 57 malades. En un mot, ce sont de simples études que je publie, et non pas un travail lié ou coordonné dans toutes ses parties.

Je ne sais pas si les différents faits que je vais exposer se rencontrent chez les hom-

(1) Depuis le mois de février 1842.

mes comme chez les femmes; cela est assez probable; mais enfin je ne puis certifier rien de positif à ce sujet. Je dois faire cette restriction, pour qu'on ne s'étonne pas trop, si, peut-être, on ne vérifie pas dans les salles d'hommes l'ensemble de toutes les remarques que j'ai faites sur les femmes de la Salpêtrière.

Je vais commencer par présenter les faits qui concernent la pathologie *générale* des vieillards, c'est-à-dire des vieilles femmes (1), et j'en viendrai ensuite à l'étude de leur pathologie *spéciale*.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Les maladies des vieillards sont le plus souvent compliquées; c'est un fait qu'il faut avoir continuellement à l'esprit si l'on ne veut pas commettre des erreurs graves, surtout dans le pronostic. En effet, comme habituellement les vieillards sont affectés d'une maladie chronique ou plutôt d'une infirmité, il s'ensuit que les symptômes de cette affection permanente se combinent avec ceux de la maladie intercurrente pour laquelle ils viennent réclamer les secours de l'art; et dans ces cas on est porté tout naturellement à ne voir qu'une seule et même maladie dans la coexistence de tous ces symptômes de date différente. Un certain jour on apporta à l'infirmerie une femme de 70 ans qui avait de la fièvre, de la soif, et de l'anorexie; mais ce qui attira plus particulièrement mon attention chez cette femme fut un tremblement convulsif des membres et une grande difficulté de parler. Je crus avoir affaire à une affection aiguë du cerveau et j'émis un pronostic très grave; mais, au bout de trois jours, les symptômes fébriles avaient disparu sans que les mouvements convulsifs et la difficulté de parler eussent subie une diminution notable. J'allai alors aux renseignements et j'appris que ces derniers symptômes qui m'avaient d'abord alarmé, existaient depuis longtemps et au même degré chez cette femme. Je pourrais citer d'autres cas qui m'auraient porté à faire une méprise semblable si je ne m'étais pas posé en principe de rechercher avec soin la date et la succession de tous les symptômes. Ce principe n'est certainement pas nouveau en séméiologie; mais il est particulièrement applicable à la séméiologie de la vieillesse.

Les sympathies sont pour ainsi dire éteintes dans la vieillesse; aussi voit-on fréquemment les lésions organiques les plus profondes exister sans donner lieu à des troubles généraux notables. A ce sujet je ne puis m'empêcher de reproduire une comparaison très judicieuse de M. Prus: « Entrez, dit ce médecin distingué, dans une salle consacrée au traitement des maladies de la vieillesse, vous serez étonné de la complète indifférence avec laquelle un malade voit mourir ses voisins. Eh bien, il en est de même dans l'économie des vieillards; elle se démolira pièce à pièce sans qu'il y ait réaction de l'ensemble, sans qu'on aperçoive un effort conservateur (*loco citato*). » Tout le monde voit la conséquence pratique de cette comparaison aphoristique, c'est que toutes les fois qu'un vieillard présente un dérangement même léger dans sa santé, il faut rechercher avec soin et persévérance les signes physiques des altérations organiques au moyen de l'auscultation, de la percussion, etc.

On peut dire que cette *indifférence* entre les rapports des appareils organiques de l'économie, dans les maladies des vieillards, s'étend jusqu'au caractère. J'ai vu souvent, dans mon service, des femmes atteintes d'une affection mortelle, telle qu'une pneumonie adynamique, une péritonite chronique, etc., conserver jusqu'à leurs derniers instants une gaîté naturelle qu'elles exprimaient par le rire et par des plaisanteries. Il y avait alors un contraste singulier entre l'altération profonde des traits et l'état de gaîté de la physionomie. Je répète que cette gaîté est naturelle; elle n'a rien de forcé ni de sardonique, comme on l'observe quelquefois dans le délire des adultes; en un mot, elle semble prouver que le cerveau et le caractère sont restés étrangers à l'affection morbide qui va bientôt emporter le malade. La valeur séméiologique de la gaîté et du rire

---

(1) Pour éviter les répétitions fatigantes, j'emploirai indifféremment ces deux termes.

est donc bien différente chez le vieillard et chez l'adulte; en effet, chez ce dernier, l'on n'observe pas de maladie grave sans qu'elle ne soit accompagnée de tristesse, et la gaîté indique toujours un retour à la santé.

Le délire des vieillards diffère beaucoup du délire des adultes; en effet, le délire des adultes s'exprime d'abord par des paroles, et ensuite quand il devient plus intense, il se montre dans les actions; tandis que chez les vieillards, le délire se montre d'abord dans les actions et finit ensuite par les paroles. Voici quelles sont ces actions délirantes des femmes âgées de la Salpêtrière. Elles se lèvent et veulent s'habiller; elles se promènent dans la salle et cherchent à pénétrer dans le lit des autres malades, etc., etc.; cela a lieu particulièrement la nuit. Quand on les interroge sur ces différents actes, elles nient tout avec un sang-froid imperturbable, et elles soutiennent la conversation sans émettre une idée incohérente ou un mot déplacé; aussi, il n'est pas rare, dans les services de vieillards, de voir des personnes maintenues par la camisole de force, qui protestent du ton le plus naturel contre l'espèce d'affront qu'on leur a fait en les privant de leur liberté. Comme je l'ai dit plus haut, c'est seulement lorsque la maladie augmente, que l'on observe du délire dans les paroles; un délire dans les paroles est donc un signe plus grave dans la séméiologie des vieillards (1) que dans celle des adultes ou des enfants.

M. Prus a signalé déjà le délire d'action chez les vieillards, mais il le rattache uniquement à l'inflammation des méninges dont il est suivant lui le signe caractéristique, sans qu'à un degré plus avancé de la méningite, il se change en délire de paroles. Les faits que j'ai observés me permettent d'aller plus loin que l'honorable observateur que je viens de citer, et de dire que le délire d'action peut se montrer dans différentes affections autres que l'inflammation des méninges; j'ajoute qu'il se transforme habituellement en délire de paroles à mesure que la maladie augmente; par conséquent le délire d'action doit être considéré comme le degré le plus léger du délire sénile.

L'inflammation des parotides qui se présente comme symptôme des affections fébriles graves est assez rare chez l'adulte. Cette inflammation est beaucoup moins rare chez les vieillards. Depuis que je fais le service à la Salpêtrière j'en ai déjà observé cinq cas. C'est beaucoup plus que je n'en ai vu dans les autres hôpitaux auxquels j'ai été attaché pendant longtemps, soit comme médecin, soit comme élève; et même je me rappelle que les deux dernières parotides symptomatiques que j'ai observées avant de venir à la Salpêtrière se sont présentées sur deux femmes de soixante ans passés qui étaient affectées de pneumonie.

Chez l'adulte, les parotides ne se montrent guères que dans le cours d'une fièvre typhoïde et surtout du typhus; chez les vieillards il peut s'en développer dans toute affection fébrile adynamique, soit simple, soit compliquée de lésion organique. Je reviendrai plus loin sur ce sujet.

On a dit avec raison que la sécheresse de la langue est un symptôme beaucoup plus fréquent chez le vieillard que chez l'adulte; mais ce qu'on n'a pas dit, c'est que quelquefois ce symptôme est à peu près le seul qui constitue ou plutôt qui indique la maladie, et le seul par conséquent qui frappe l'attention du médecin. L'an passé, une femme fut amenée dans un état très léger de malaise. Elle n'avait ni soif ni fièvre, elle toussait à peine, mangeait passablement et dormait; aussi se plaignait-elle vivement de ce qu'on l'avait fait venir à l'infirmerie. Un seul symptôme existait d'une manière marquée, c'était une sécheresse extrême de la langue, qui ne dépendait pas ici de l'habitude de dormir la bouche ouverte, puisque cette femme l'avait toujours fermée même en dormant. La malade ne pouvait pas mouvoir cet organe soit pour parler, soit dans

(1) Je parle ici du délire autre que celui qui constitue les différentes espèces d'aliénation.

tout autre but, sans qu'on n'entendît très distinctement un bruit rude produit par le frottement de la langue qui se faisait à sec dans l'intérieur de la bouche. Au bout de trois semaines il survint presque tout à coup un état d'adynamie qui entraîna la malade, et pour toute lésion nous trouvâmes à l'autopsie quelques cuillerées d'un liquide purulent dans la plèvre droite. La petite quantité de ce liquide expliquait suffisamment pourquoi on n'avait pas pu constater sa présence pendant la vie à l'aide de la percussion et de l'auscultation.

Cet été, j'ai observé un cas à peu près semblable. La malade qui n'avait guères d'autre symptôme qu'une sécheresse très marquée de la langue, après avoir resté trois semaines à l'infirmerie, a voulu à toute force retourner à son dortoir; je lui ai accordé sa sortie uniquement pour ne pas l'exposer aux fâcheux effets de sa contrariété, car la langue n'avait rien perdu de sa sécheresse. Cette sécheresse dépendait-elle ici comme chez la malade précédente d'une pleurésie légère? C'est ce que je ne saurais affirmer. Tout ce que je sais, c'est que les différents moyens d'investigation physique ne m'avaient permis de reconnaître aucune lésion organique.

Il est sûr que cette sécheresse extrême de la langue chez les vieillards tient à un défaut de sécrétion des glandes salivaires ou autres qui sont chargées d'humecter l'intérieur de la bouche. Mais il est toujours difficile de dire pourquoi ce défaut de sécrétion des glandes buccales qui, chez les adultes, se lie ordinairement à une fièvre intense avec soif, anorexie et sécheresse de la peau, peut se rencontrer chez les vieillards sans qu'il y ait une fièvre notable et même sans que les fonctions naturelles soient sensiblement dérangées.

Cette existence de la sécheresse de la langue, qui peut se présenter chez les vieillards comme symptôme pour ainsi dire unique, présente dans l'état actuel de la nomenclature une difficulté pour la désignation de la maladie. En effet, un vieillard a la langue très sèche pendant plusieurs jours sans autre symptôme bien apparent, sans lésion organique dûment constatée; quel nom donner à cette affection? évidemment le nom du symptôme prédominant ou unique, c'est-à-dire de la sécheresse de la langue. Ce nom qu'on pourrait spécialiser davantage en le tirant du grec et en lui ajoutant l'épithète de sénile (1), me paraît aussi nécessaire dans la pathologie des vieillards pour désigner l'altération fonctionnelle dont nous parlons, que les mots *diarrhée, hémophtysie,* etc., pour désigner la liquidité des selles, l'expectoration du sang, etc.

La sueur est très peu marquée chez les vieillards, soit comme symptôme critique des phlegmasies et particulièrement de la pneumonie, soit comme symptôme colliquatif des fièvres consomptives. Je n'ai pas encore vu une femme de la Salpêtrière se plaindre de sueur; je n'ai jamais vu une chemise mouillée au point d'être changée. Cette inertie de la peau ou plutôt de l'appareil sécréteur de la sueur est en quelque sorte comparable à celle qui entrave ou suspend la sécrétion des liquides de la bouche, et qui dessèche si facilement la langue. La constitution de la femme qui, pour les anciens, était *humide* à un si haut degré, ne l'est certainement plus dans un âge avancé. C'est encore à cause de cette inertie de sécrétion que les vieilles femmes ont à peine les yeux mouillés quand elles pleurent.

Mais on se tromperait fort si l'on croyait que, parce que les vieillards malades suent très peu, ils sont en revanche affectés de frissons intenses. Le frisson avec claquement des dents est aussi rare chez les vieillards que le sont les sueurs abondantes. Les vieillards suent peu et frissonnent peu; ils se plaignent souvent de froid et de frissonnements, mais rarement de frisson proprement dit.

Les vieillards sont quelquefois affectés de sudamina qui se développent dans les mêmes maladies que chez les adultes, c'est-à-dire dans les maladies où il y a un état fébrile

(1) *Xeroglossie sénile*, de ξηρός sec, γλῶσσα langue.

accompagné d'adynamie. Néanmoins les sudamina sont beaucoup moins nombreux chez les vieillards que chez les adultes, et il est difficile d'en compter plus de cinq ou six sur chacun des individus qui en sont affectés. Ils se développent autour des clavicules et surviennent en même temps que la sueur. Le petit nombre de sudamina est donc parfaitement en rapport avec le peu d'abondance de la sueur. Cette relation de quantité entre la sueur et les sudamina est une preuve de plus en faveur de l'opinion de M. Bouillaud, qui regarde le sudamina comme constitué par une gouttelette de sueur qui, au lieu de sortir au dehors de la surface cutanée, soulève l'épiderme, et le fait proéminer sous la forme d'un petit grain vésiculeux (1).

Les soubresauts des tendons qui se montrent assez fréquemment chez les adultes et surtout chez les enfants, quand la fièvre revêt la forme ataxique, doivent être fort rares chez les vieillards, puisque je n'en ai pas observé une seule fois; et cependant j'ai vu assez souvent des appareils fébriles qui avaient la plus grande ressemblance avec ceux qui, chez l'adulte, s'accompagnent du symptôme dont nous parlons. Il en est de même des tremblements musculaires fébriles (qui après tout ne sont que des soubresauts multiples) et de la carphologie, symptômes ordinaires de l'ataxie grave des adultes; je ne les ai jamais observés dans les affections des vieillards.

La pulvérulence des narines s'observe aussi souvent chez les vieillards que chez les adultes. Ce symptôme est pour ainsi dire lié à l'existence des différentes affections qui s'accompagnent de prostration des forces ou de stupeur. J'ai recherché assez longtemps quelle était la cause physique et par conséquent la signification précise de la pulvérulence des poils des narines. Voici comment je comprends ce caractère séméiologique des affections adynamiques. Les poils des narines ont surtout pour fonctions de s'opposer à ce que les corpuscules qui voltigent dans l'air que nous inspirons ne s'introduisent dans les voies respiratoires. Ces corpuscules s'arrêtent sur les poils du nez comme sur un tamis, et bien qu'ils soient très ténus, ils finissent par devenir apparents lorsqu'ils y sont accumulés en un certain nombre. C'est ce qu'il est facile d'observer chez les individus qui sont forcés par état de respirer pendant quelques instants une atmosphère très chargée de poussière. Dans les circonstances ordinaires de la vie et dans l'état normal de santé, le dépôt des corpuscules qui s'arrêtent sur les poils des narines est trop peu considérable pour être visible; il faudrait un certain temps pour que leur accumulation fût apparente; mais cette accumulation est empêchée presque à chaque moment soit par l'action de se moucher, soit surtout par les frottements instinctifs que nous exerçons contre le nez à cause des démangeaisons légères et fréquentes que nous y éprouvons. Supposons maintenant un individu qui est affecté d'une maladie qui lui enlève toutes les forces, qui est couché sur le dos en état de stupeur, et qui ne porte jamais la main à son nez, soit pour se moucher, soit pour y exercer ces petits frottements dont nous venons de parler; il est bien clair qu'avant la fin de la journée on pourra constater sur les poils des narines un amas plus ou moins apparent des corpuscules que l'air inspiré y aura déposés.

---

(1) L'influence de la sueur sur la production des *sudamina* me paraît mise hors de doute par le fait suivant. Si l'on administre un bain de vapeur à un adulte affecté de fièvre typhoïde, on observe que la sueur artificiellement provoquée fait saillir immédiatement des sudamina, et que de plus elle soulève des lambeaux considérables d'épiderme. Je prescris des bains de vapeurs sur la fin de la fièvre typhoïde (traitée d'ailleurs par les évacuants gastro-intestinaux), dans les cas exceptionnels, où la peau est aride, et où la convalescence a de la peine à se décider. Ce moyen administré avec mesure, et dans le lit même des malades, est beaucoup plus efficace pour établir une diaphorèse que les boissons sudorifiques. Il n'a pas comme ces boissons l'inconvénient d'augmenter le mouvement fébrile; il abat au contraire le pouls et il procure un sentiment de bien-être au malade à l'instant même de son emploi.

La valeur séméiologique de la pulvérulence des narines est donc liée intimement à celle de l'immobilité de la face et des mains, et aussi à celle de la stupeur qui rend le malade insensible à ces démangeaisons légères que l'on éprouve au nez dans l'état de santé. On comprend dès lors toute la gravité attachée au signe de la pulvérulence des narines. Mais on va comprendre aussi que dans certains cas la pulvérulence n'indiquera plus de l'adynamie ou de la stupeur, et qu'elle cessera d'être un symptôme grave. Soit un individu affecté d'un délire nerveux passager, d'un état épileptique, ou d'une tendance au suicide, qui nécessitent l'emploi de la camisole de force; cet individu sera à peu près dans la position d'un malade qui est en proie à une affection adynamique, car il sera couché sur le dos et il ne pourra plus porter les mains à son nez. Eh bien, il y aura chez cet homme, pulvérulence des narines, produite par le dépôt successif des corpuscules de l'atmosphère sur les poils du nez. Cette supposition n'est pas un fait imaginaire, mais bien l'expression réelle de ce que j'ai vu toutes les fois que la camisole de force a été appliquée dans des circonstances tout à fait étrangères aux affections adynamiques. Ce sont même ces faits qui ont les premiers éveillé mon attention sur l'interprétation que je viens de donner de la pulvérulence des narines.

La pulvérulence des narines n'est donc pas un produit immédiat de la maladie; c'est un résultat pour ainsi dire étranger au malade, mais il s'effectue sous l'influence de l'affection qui, en affaiblissant le malade, l'a réduit pour ainsi dire à l'état de corps inerte. Dès lors on comprend que la pulvérulence des narines devra varier suivant que les narines seront plus ou moins garnies de poils; elle variera également selon le plus ou moins de pureté de l'atmosphère dans laquelle sera le malade; la pulvérulence sera plus marquée, toutes choses égales d'ailleurs, dans une salle mal tenue, que dans une salle parquetée et cirée; on l'observera plus facilement chez les malades des hôpitaux ou du peuple, que chez les gens riches qui sont dans des chambres très propres, et qui respirent un air peu chargé de poussière.

Les maladies des vieillards changent avec les saisons d'une manière encore plus frappante que celles des adultes. Pendant l'été, il y a d'abord un cinquième environ moins de malades dans les salles que pendant l'hiver, et la mortalité est bien moins considérable. Les maladies aiguës de l'été sont constituées presque constamment par des affections dont la base est un embarras gastro-intestinal. Elles sont emportées comme par enchantement à l'aide d'un éméto-cathartique, quels que soient d'ailleurs leurs formes ou leur symptôme prédominant, fièvre, diarrhée, vomissement, etc. Toutes les autres maladies des vieillards, telles que catarrhe, pneumonie, affections cérébrales, cachexies, hydropisies, etc., s'observent surtout, je dirai presque exclusivement, dans la saison froide. L'observation clinique confirme donc complétement cet adage populaire, *que le froid est l'ennemi des vieillards.* J'insiste vivement sur cette différence des maladies séniles suivant les saisons, et je rappelle à ce sujet un mémoire inséré par M. Neucourt dans ce journal (mai 1843).

Il faut être très réservé sur le pronostic des maladies des vieillards. En effet, telle maladie qui paraît légère au début se termine mal et cela dans un court délai; telle autre au contraire qui se présente d'abord comme une affection sans ressource change d'une manière aussi heureuse qu'inespérée. L'aphorisme d'Hippocrate sur l'incertitude du pronostic est particulièrement applicable aux maladies de la vieillesse: « *acutorum morborum non omnino tutæ sunt prædictiones neque mortis neque sanitatis.* »

Cette incertitude du pronostic chez les vieillards est portée à ce point qu'on a souvent à déplorer des morts tout à fait imprévues. Ainsi, vous avez laissé la veille un malade dans un état satisfaisant, mangeant et dormant passablement, jouissant de toute son intelligence, et n'accusant pour tout mal qu'un malaise très ordinaire; vous êtes tout étonné d'apprendre le lendemain à votre arrrivée que ce malade est mort. Dans ces cas imprévus, la mort résulte ou d'une lésion qui s'est déclarée subitement dans

l'intervalle des deux visites, comme une concrétion sanguine du cœur, ou bien d'une lésion antécédente qui a augmenté clandestinement et qui a atteint son plus haut degré sans avoir notablement troublé l'organisme, comme une hépatisation pulmonaire. D'autres fois, il faut le dire, on ne trouve aucune lésion pour expliquer la mort subite ; c'est ce que nous avons observé encore dernièrement sur une femme qui était entrée à l'infirmerie pour un léger catarrhe fébrile, et qui est morte subitement au moment où elle entrait en convalescence.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

Mon dessein n'est pas d'exposer toutes les maladies dont les vieillards peuvent être affectés, je veux seulement fixer l'attention sur celles qui s'observent le plus fréquemment à la Salpêtrière. et qui constituent pour ainsi dire le triste apanage de la vieillesse; par contre, j'aurai soin de noter les maladies qui sont rares chez les vieillards, et qui sont communes chez les adultes.

Je dois dire d'abord que les espèces pathologiques sont bien moins nombreuses chez les vieillards que chez les adultes; ainsi il faut retrancher plus ou moins de la pathologie sénile les fièvres éruptives, les névroses, le rhumatisme articulaire fébrile, les fièvres intermittentes idiopathiques, les affections aiguës de l'utérus, les dysménorrhées, etc. Au reste, je ne fais en ce moment que rappeler les choses connues depuis longtemps et confirmées dernièrement par l'observation et l'autorité de M. Prus (*loco citato*).

Maladies du tube digestif et de l'abdomen.

Il est une maladie qui est très commune dans l'âge adulte, surtout dans la jeunesse, et qui est fort rare chez les vieillards, c'est l'angine gutturale simple, *angina faucium*. Depuis que je fais le service à la Salpêtrière, je n'ai encore rencontré cette maladie que deux fois sur les vieilles femmes. J'ai d'abord passé un an environ sans faire aucune remarque sur la rareté des angines ; ce n'est qu'après en avoir observé deux cas presque simultanés sur deux filles de service encore jeunes, que j'ai été amené comparativement à rassembler mes souvenirs, et que je me suis fort bien rappelé ne pas avoir traité jusque là une seule angine chez les personnes âgées. Depuis cette époque j'ai eu constamment les idées éveillées à ce sujet; et j'aurais pu croire que cette maladie était impossible dans la vieillesse, si dernièrement, au commencemenl du mois de septembre, je n'en avais observé deux cas chez des femmes septuagénaires. La maladie s'est montrée avec ce caractère de bénignité qu'elle affecte habituellement dans la jeunesse.

L'embarras gastrique est une maladie aussi ordinaire chez les vieillards que chez les adultes. Elle est par conséquent très fréquente, et même la plus fréquente de toutes. Le plus souvent l'embarras gastrique est d'une date récente, quelquefois il est chronique et peut exister depuis deux ou trois mois ; il est tantôt fébrile, tantôt non fébrile ; il est ordinairement simple pendant l'été, mais l'hiver il se complique avec toutes les maladies, catarrhe bronchique, affections cérébrales, etc. Quelle que soit la forme qu'affecte l'embarras gastrique, il faut sans hésiter l'attaquer au moyen de l'ipécacuanha et surtout du tartre stibié. S'il est simple il ne résiste guère aux évacuations gastriques et alvines provoquées par le moyen précédent. S'il n'est pas simple, la maladie qui le complique est souvent emportée avec lui, ou bien si elle persiste, elle est moins intense et elle résiste moins aux moyens particuliers qui sont dirigés contre elle. Si j'insiste sur ce traitement, le seul efficace de l'embarras gastrique, c'est que beaucoup de médecins, du reste fort recommandables, redoutent la provocation du vomissement chez les vieillards, soit à cause de la fatigue qui en résulte, soit à cause des congestions cérébrales qui peuvent survenir. Tout ce que je puis dire à ce sujet, c'est que jusqu'à présent je n'ai observé aucun accident produit par l'action des émétiques dans les maladies de la vieillesse ; bien loin de là, car dans le plus grand nombre des cas il y a eu un brusque amendement ou même une guérison complète après les évacuations provoquées. Au reste, je renvoie là dessus

au mémoire cité de M. Neucourt, et à celui que M. de Crozant a publié dans la Gazette des hôpitaux (*Réflexions et observations sur l'embarras gastrique*, 8 et 22 août 1843).

La péritonite aiguë non puerpérale est rarement spontanée chez les adultes; presque toujours en effet elle est consécutive, à l'extension d'une inflammation circonscrite, à l'ouverture d'un abcès, à une perforation, etc., etc... Chez les vieillards elle est encore moins souvent spontanée que chez les adultes, car le petit nombre de fois que je l'ai observée chez les vieillards, tant à la Salpêtrière que dans les autres hôpitaux, elle avait été déterminée par une perforation de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

On reconnaît généralement une forme de péritonite à marche chronique, qui est peut-être plus fréquente que la péritonite aiguë non puerpérale, et qui, d'après les recherches de M. Louis, se lie à la présence de tubercules dans le péritoine. Ce médecin distingué a même posé une loi rigoureuse de pathogénie à ce sujet, car pour lui toute péritonite chronique est une péritonite tuberculeuse. Or, il y a ici une distinction très importante à faire relativement à l'âge des individus affectés. La proposition de M. Louis est vraie dans le plus grand nombre des cas pour la péritonite chronique des adultes et des enfants; mais elle ne l'est plus pour celle des vieillards.

La péritonite chronique est beaucoup moins rare dans la vieillesse que la péritonite aiguë. Comme je viens de le dire, elle ne se lie jamais alors à la présence des tubercules dans le péritoine; du moins je n'ai pas rencontré jusqu'à présent un seul cas de péritonite tuberculeuse chez des vieillards, soit à la Salpêtrière, soit ailleurs; et cela n'a rien qui doive étonner puisque la tuberculisation est une affection aussi rare dans la vieillesse qu'elle est fréquente dans l'âge adulte.

Mais si la péritonite chronique des vieillards n'est jamais tuberculeuse, on aurait tort de supposer qu'elle se développe nécessairement à l'état d'essentialité ou plutôt de spontanéité. La péritonite chronique chez les vieillards est toujours ou presque toujours liée à l'existence de productions cancéreuses sous péritonéales, quel que soit du reste le siége de ces productions qui peuvent se rencontrer dans les épiploons, le foie, l'estomac, l'intestin, l'ovaire, etc., etc... La matière cancéreuse produit très probablement l'inflammation chronique du péritoine en agissant sur cette membranne de la même manière que les tubercules, c'est-à-dire en faisant l'office d'un stimulus peu énergique mais incessant.

J'ai observé trois cas de péritonite cancéreuse à la Salpêtrière depuis que j'y fait ce service; auparavant j'en avais rencontré trois autres cas: deux à la clinique de M. Fouquier, et un à l'hôpital Saint-Antoine pendant un remplacement que j'y ai fait au mois de juillet 1840.

Le hasard fait que je n'ai jamais vu jusqu'à présent de péritonite chronique chez les vieillards, sans que cette péritonite ne fût liée à la présence d'un cancer sous-péritonéal; mais je suis loin de formuler le résultat de mes observations en disant que chez les vieillards la péritonite chronique est toujours et nécessairement d'origine cancéreuse. Je suis tout disposé à enregistrer les exceptions que les faits apporteront à la proposition précédente; je pense, en un mot, qu'il peut y avoir chez les vieillards des péritonites chroniques non cancéreuses, de la même manière que chez les adultes on trouve des péritonites chroniques qui ne sont pas tuberculeuses.

Les symptômes de la péritonite cancéreuse sont à peu de chose près les mêmes que ceux de la péritonite tuberculeuse. Ainsi, dans les deux cas, il y a une réaction fébrile peu marquée mais continue, une douleur sourde qui augmente légèrement à la pression, des alternatives de dévoiement et de constipation, quelques vomissements, du gonflement à l'abdomen, etc... Les différences sont les suivantes: dans la péritonite tuberculeuse la peau peut être quelquefois moite; dans la péritonite cancéreuse la peau est sèche comme elle l'est ordinairement dans les consomptions des vieillards. Dans la péritonite tuberculeuse on observe assez souvent les symptômes des tubercules pulmonaires qui se déve-

loppent en même temps que ceux de l'abdomen ; dans la péritonite cancéreuse il n'y a aucun symptôme qui accuse une souffrance des voies respiratoires, à moins d'une complication de cancer pulmonaire, ce qui n'est pas commun. Dans la péritonite tuberculeuse les vomissements sont ordinairement bilieux ; dans la péritonite cancéreuse il y a quelquefois des vomissements noirs, ce qui se voit quand c'est l'estomac qui est affecté de cancer. Enfin, dans la péritonite tuberculeuse le ventre est ordinairement moins développé que dans la péritonite cancéreuse ; on prendrait quelquefois cette dernière pour une ascite, d'autant mieux qu'il est facile quelquefois de sentir les tumeurs cancéreuses en palpant les parois abdominales, et qu'on pourrait bien raisonnablement supposer que la prétendue ascite résulte de la compression de la veine-porte par la présence de ces tumeurs.

Si la péritonite cancéreuse détermine dans l'abdomen un gonflement que ne produit pas en général la péritonite tuberculeuse, c'est que les produits matériels de l'inflammation chronique du péritoine, c'est-à-dire les fausses membranes et le liquide, sont assez souvent en proportion bien différente dans les deux maladies. En effet, dans la péritonite tuberculeuse, on rencontre en général peu de liquide, mais beaucoup de fausses membranes. Au contraire, dans la péritonite cancéreuse, il y a le plus souvent peu de fausses membranes, mais beaucoup de liquide. Les fausses membranes se rencontrent surtout autour des produits cancéreux qui ont déterminé la péritonite ; quelques-unes flottent dans le liquide comme des toiles d'araignées; quant au liquide il est séro-purulent, non transparent, d'autres fois sanguinolent, etc...

On trouve dans la clinique médicale de M. Andral (tom. IV, pag. 621 et suivantes, 1831) deux ou trois faits de péritonite chronique cancéreuse. Mais ce professeur distingué ne fait pas ressortir la relation de cause à effet qui existe entre le cancer et la péritonite chronique ; il ne voit dans les cas qu'il rapporte qu'une simple complication du cancer et de la péritonite. Il y a dans le même chapitre une observation de péritonite chronique sans aucune trace de cancer, bien que le sujet de l'observation soit un vieillard. Or, d'après ce que j'ai vu, ce fait me paraît aussi exceptionnel que le serait celui d'une péritonite chronique non tuberculeuse chez un jeune homme. M. Chomel admet, lui, que le cancer peut produire la péritonite chronique, mais seulement la péritonite chronique partielle. (*Dict.,* 25 vol., art. *Péritonite.*)

Maladies de la poitrine.

L'inflammation catarrhale de la muqueuse laryngo-bronchique est une affection extrêmement fréquente à tous les âges de la vie. Cette inflammation offre des symptômes tranchés suivant les différents siéges qu'elle occupe. A ce sujet on peut établir les trois divisions suivantes qui représentent des groupes symptomatologiques distincts : 1° Catarrhe laryngé ou supérieur ; 2° catarrhe trachéal ou moyen ; 3° catarrhe bronchique ou inférieur. Ces trois variétés de siége ont pour symptômes communs et constants, la toux, et l'expectoration de matières muqueuses ; pour symptômes propres nous trouvons : 1° l'altération de la voix (raucité ou aphonie), la douleur dans l'action de parler et dans la déglutition quand le catarrhe occupe le larynx et qu'il est à l'état aigu ; 2° quand la trachée est affectée, il y a tout simplement sensation de chaleur et même de douleur dans le trajet de cette portion des voies aériennes ; 3° si le catarrhe siége dans les bronches et leurs divisions, la matière catarrhale qui obstrue plus ou moins ces rameaux de petit calibre fait qu'à l'auscultation il y a des râles et une absence plus ou moins circonscrite de murmure vésiculaire. Mais, de plus, cette obstruction catarrhale ne peut pas déterminer des râles, ni suspendre le murmure vésiculaire, sans nuire au libre exercice de la respiration, et par conséquent sans être accompagné de dyspnée. La dyspnée spéciale qui résulte ainsi de la présence du mucus dans la partie inférieure des voies aériennes constitue l'*asthme* des anciens, et l'*emphysème* des mo-

dernes. J'ai donné ailleurs la démonstration de cette identité pathologique ; il est donc tout à fait inutile que je la reproduise ici; je me contente de renvoyer le lecteur aux indications suivantes (*Journal de médecine ;* juin, analyse de l'ouvrage de M. Valleix. *Gazette des hôpitaux ;* de Crozant. Réflexion sur l'asthme, 1843, 25 mai).

Les trois variétés précédentes d'inflammation catarrhale ne sont pas toujours aussi séparées que nous venons de les présenter. Elles sont souvent réunies toutes les trois, c'est-à-dire que la muqueuse laryngo-bronchique est affectée de catarrhe dans toute son étendue; on observe alors sur la même personne l'ensemble de tous les symptômes que nous avons assignés à chacun des trois siéges de l'inflammation catarrhale des voies aériennes.

Chez l'adulte, les trois variétés de siége qu'affecte le catarrhe des voies respiratoires ne se montrent pas avec la même fréquence. Ainsi, on voit très souvent le catarrhe supérieur ou laryngé ; on voit moins souvent le catarrhe moyen ou trachéal; le catarrhe inférieur ou bronchique, c'est-à-dire l'*asthme*, l'*emphysème*, est sans contredit le moins commun des trois (1).

Dans la vieillesse, la fréquence relative des trois variétés d'inflammation catarrhale se montre dans un ordre exactement inverse de celui qui s'observe chez l'adulte. Dans l'âge adulte, l'inflammation est d'autant plus fréquente qu'elle affecte un siége plus élevé ; dans la vieillesse elle est au contraire d'autant moins commune qu'on remonte des bronches au larynx.

Le catarrhe supérieur ou laryngé qui est si fréquent chez les adultes est extrêmement rare chez les vieillards. Il en est de cette maladie comme de l'angine gutturale qui est très fréquente dans l'âge adulte, mais qui, comme nous l'avons dit, ne s'observe chez les vieillards qu'à des intervalles considérables. Jusqu'à présent je n'ai observé qu'un seul cas d'inflammation catarrhale du larynx, dans le service dont je suis chargé à la Salpêtrière.

Le catarrhe trachéal ou moyen est beaucoup moins rare que le précédent chez les vieillards. Il se reconnaît à ce que l'affection catarrhale n'a pas d'autres symptômes que la toux et l'expectoration; car la sensation de chaleur le long de la trachée est assez fugace et se remarque seulement au début de la maladie. Il n'y a dans le catarrhe trachéal, ni altération de la voix, ni douleur au larynx comme dans l'inflammation du larynx; ni râles multiples, ni absence de murmure vésiculaire, ni dyspnée comme dans le catarrhe bronchique.

Le catarrhe bronchique ou inférieur, l'*asthme*, l'*emphysème*, est la variété de catarrhe la plus commune chez les vieillards (2). Pendant l'hiver le catarrhe bronchique affecte environ la moitié des malades de l'infirmerie de la Salpêtrière ; pendant l'été il n'existe plus qu'en proportion très minime. Cette fréquence relative de l'asthme, pendant l'hiver et l'été, constitue une objection très grave à la théorie qui nous présente la dilatation vésiculaire ou l'emphysème comme préexistant au catarrhe et étant

---

(1) Il est bon de signaler ici une erreur de statistique qu'il serait facile de commettre. Le plus ordinairement les individus qui ,sont pris de laryngite ou de trachéite continuent de travailler et ne vont pas à l'hôpital. Il n'en est pas de même de ceux qui ont un catarrhe bronchique ou un *asthme;* ceux-ci doivent donc être plus nombreux que les précédents dans les hôpitaux, mais il ne s'ensuit pas que l'asthme soit plus fréquent que la laryngite.

(2) Il y a ici une autre erreur de statistique facile à commettre dans les hôpitaux ordinaires où le nombre des adultes est incomparablement plus considérable que celui des vieillards. Si on faisait le relevé de tous les cas d'*asthme* ou d'*emphysème* observés, on trouverait très probablement que cette maladie s'est montrée plus souvent chez les adultes que chez les vieillards, et l'on en conclurait à tort que l'*asthme* ou l'*emphysème* est une affection particulière à l'âge adulte. Pour éviter cette erreur, il faut établir deux séries égales au nombre d'adultes et de vieillards, l'on verra alors à n'en pas douter que l'asthme est bien moins fréquent dans la première série que dans la seconde.

la source des signes tant physiques que physiologiques de la maladie. Si cette théorie était vraie, c'est-à-dire si l'emphysème était essentiel ou spontané, il devrait toujours accuser sa présence par de la dyspnée, une sonorité exagérée, une absence de murmure vésiculaire, etc., comme on le croit communément ; or, il n'en est rien. La poitrine d'un individu asthmatique examinée dans les intervalles où le catarrhe bronchique est *complètement* dissipé (ce qui arrive surtout pendant l'été); une telle poitrine, dis-je, ne diffère en rien tant à l'auscultation qu'à la percussion de celle d'un individu non *emphysémateux*. Par conséquent la dilatation vésiculaire n'est pas spontanée ; elle suit le catarrhe bronchique d'une manière presque nécessaire, et elle est due à la réaction contre les parois vésiculaires de l'air qui est gêné dans sa sortie par les obstacles que lui opposent les mucosités bronchiques.

L'inflammation catarrhale des voies aériennes, quel qu'en soit le siége, se complique très souvent avec d'autres maladies, soit chez les vieillards, soit chez les adultes. La plus fréquente de ces complications est l'embarras gastrique ; de là les succès si brillants de l'ipécacuanha ou du tartre stibié dans le plus grand nombre des catarrhes bronchiques, *asthme* ou *emphysème*, où l'on voit les évacuations gastro-intestinales provoquées par le vomitif, être suivies d'une expectoration facile, de la cessation des râles et de la dyspnée, et du retour du murmure vésiculaire.

Chez les vieillards l'inflammation catarrhale de l'arbre bronchique se complique aussi très fréquemment avec la pleuro-pneumonie ; on a alors les symptômes réunis des deux maladies. Les râles si fréquents de la bronchite ont l'inconvénient de masquer les bruits propres de l'inflammation pulmonaire ; on doit alors recourir aux autres moyens de diagnostic, surtout à la percussion. Cette complication de la bronchite et de la pneumonie s'observe assez souvent chez les adultes ; il faut consulter à ce sujet un mémoire fait avec soin par M. Lassère, et basé sur des faits recueillis à la clinique et sous les yeux de M. Piorry (*Archives de médecine,* octobre 1842).

MM. Hourmann et Dechambre, dans leur intéressant travail sur les maladies des vieillards (*loco citato*), ne me paraissent pas avoir établi nettement le fait de la complication de la pneumonie avec le catarrhe bronchique. C'est ainsi qu'ils disent quelque part que, chez les vieillards, la pneumonie donne souvent lieu à la production des râles sibilants ; or, ces râles qu'on attache à la pneumonie ne dépendaient-ils pas plutôt d'un catarrhe concomitant ?

(La suite au prochain numéro.)

Histoire de l'épidémie de variole, *qui a régné en* 1840, *dans le canton de Roquemaure* (Gard) ; *par le doct.* **A. Zurkowski** (*fin*) (1).

Août.— Le temps chaud et sec du mois de juillet se soutint dans la première quinzaine. Il y avait quelques matinées brumeuses, qu'un soleil ardent ne tardait pas à dissiper. Le 25, la bise se leva le soir et tomba après le lever du soleil. La chaleur continua à être excessive et la sécheresse extrême tout le reste du mois. L'épidémie est à son apogée. Elle va atteindre maintenant son maximum d'intensité. Ferons-nous la description bien circonstanciée des faits trop nombreux qui se sont passés sous nos yeux dans le courant de ce mois ? Non ; nous en avons dit plus haut les raisons.

Nous ne parlerons ici que des caractères généraux de ces faits considérés du point de vue de leurs similitudes et de leurs différences, que nous avons toujours cherché à découvrir, soit dans le fond, soit dans la forme de cette maladie, identique dans sa nature, dans ses causes, dans son mode de propagation, dans sa physionomie extérieure, et différente cependant, dans certaines manifestations insaisissables, dans certaines nuances

---

(1) Voir le numéro du 5 septembre.

vagues, fugaces, de peu de valeur en apparence et pourtant d'une haute portée pratique.

A Montfaucon, nous eûmes seize cas; à Pujaut, vingt-et-un. Dans le premier village, sur seize cas de variole, il y en avait cinq de discrète et onze de confluente. Dans un de ces derniers cas, une pneumonie intercurrente est venue compliquer la variole et enlever le malade au septième jour. Dans le dernier village, nous eûmes vingt-et-un cas, dont quinze de variole discrète et six de confluente : quatre de ces derniers furent suivis de mort.

L'aspect extérieur de l'éruption fut le même dans ces deux pays. Elle commençait ordinairement par de petites taches circulaires, rouges, semblables à des morsures de puces, moins le point central plus foncé que présentent ces dernières. Bientôt ces taches dépassaient le niveau de la peau. C'était comme des papules rosées. Peu à peu on les voyait grossir, s'arrondir, prendre une forme globuleuse, puis légèrement conique, se remplir d'un liquide incolore, semi-transparent. Après être resté ainsi stationnaires pendant quatre à cinq jours, le sommet des pustules s'aplatissait d'abord, puis se déprimait à leur centre et présentait cette forme ombiliquée que tout le monde connaît. Nos pustules étaient alors à leur maximum de développement. Leur première apparition étant à la face, c'était aussi là que l'on suivait le mieux toutes leurs évolutions. Lorsque les pustules étaient généralement peu nombreuses, isolées, leur base présentait une auréole rouge qui pâlissait et se confondait avec le reste de la peau, à mesure qu'elle s'éloignait du bouton qu'elle entourait. Cette espèce d'éruption, accompagnée le plus souvent de réaction générale peu intense, est l'expression la plus fidèle de ce que les auteurs appellent à juste titre *variole discrète*. Nous nommerons, avec tous les dermologues, *variole confluente*, celle où les pustules, au lieu d'être isolées et distinctes, se touchent et se confondent. Le peu de cas de cette espèce, que notre épidémie a offerts, ont été d'une gravité telle que presque les deux tiers furent suivis de mort. Les symptômes formidables que nous avons observés dans les dernières périodes de la maladie pourraient à la rigueur s'expliquer par la gêne des fonctions essentielles à la vie, occasionnée par la presque occlusion des orifices servant de communication entre le monde extérieur et les viscères internes, tels que la bouche, les narines, la glotte et le pharynx, soit par l'état des organes des sens, qui ne pouvaient que très imparfaitement impressionner l'organe central de l'innervation; mais la période de l'incubation, celle de l'invasion, où aucune lésion matérielle n'était encore appréciable, d'où tiraient-elles cette teinte sombre et grave, qui était le plus souvent le présage d'une terminaison funeste? A cela nous répondrons que cette marche est propre, non seulement aux fièvres éruptives, mais encore à presque toutes les fièvres graves, tout en convenant que cette réponse ne résout pas la difficulté.

Cette gravité des symptômes qui accompagnaient et précédaient l'éruption, et que je ne chercherai point à expliquer ici, ne s'observait qu'à Pujaut. Depuis le commencement jusqu'à la fin de l'épidémie, le malaise, l'anxiété, puis le délire, les rêvasseries, le coma, les soubresauts des tendons accompagnaient presque tous les cas. Ces phénomènes ne différaient, dans les deux espèces de variole, qu'en plus et en moins : peu intenses et de courte durée dans la discrète, ils présentaient, dans la confluente, un haut degré de violence qui allait toujours en croissant et qui conduisait le plus souvent le malade au tombeau.

A Montfaucon, point d'accidents nerveux, point de phénomènes insolites. La gravité des cas, essentiellement liée à la marche de l'éruption, ne dépendant, en quelque sorte, que du nombre plus ou moins grand des pustules, était au moins calculable dans ses résultats, facile à prévoir et qui, plus est, facile à combattre. Le cas suivant, le seul cas mortel que nous y ayons à enregistrer, est dû à une de ces complications, qui, à elle seule, dégagée de toute influence morbide, se trouve souvent au dessus des ressources de l'art.

VIIIᵉ OBSERVATION.—*Variole confluente.—Pleuro-pneumonie.—Mort.*

Julie Serguier, âgée de 18 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, bien réglée, vaccinée avec succès dans l'enfance, travaillant depuis deux mois dans une filature de soie, située à un quart d'heure de son habitation, fut vivement impressionnée le 25 par l'air froid en quittant la bassine pour se rendre chez elle. Il est à noter que cette fille éprouvait du malaise et du dégoût depuis plusieurs jours.

Le 26. Pouls à 120, face animée, respiration entrecoupée; douleur pongitive sous le sein droit; toux sèche et déchirante (saignée; 20 sangsues sur le point douloureux; tisane pectorale; cataplasme émollient).

27. Le sang tiré la veille présente une couenne inflammatoire aux bords relevés; pouls à 130, respiration haletante.—La malade est plutôt assise que couchée dans son lit, le point pleurétique est très violent. Il y a quelques crachats rouillés. A la partie antérieure et postérieure de la cavité thoracique droite, râle sous-crépitant en haut et en avant, râle sibilant en arrière et en haut. L'oreille ne saisit aucun bruit dans le quart inférieur de la poitrine. Le côté opposé offre de la respiration puérile. La face et les parties antérieures du thorax sont couvertes d'une grande quantité de papules rosées.—La sœur aînée de la malade est atteinte en ce moment de la variole confluente et couche dans le même appartement. (Saignée.)

28. Pouls à 110; dyspnée, orthopnée, toux fréquente, crachats épais et sanguinolents; agitation extrême. Les papules de la veille sont converties en véritables pustules varioliques qui se touchent et se confondent à la face surtout dont la tuméfaction est extrême: on en découvre également dans l'intérieur de la bouche. La malade pouvant à peine articuler quelques mots porte sa main constamment au cou, comme si elle voulait en arracher quelque obstacle qui gêne sa déglutition. (Saignée, 20 sangsues au cou; gargarismes émollients et anodins; potion kermétisée.)

29. Pouls intermittent; orthopnée; délire; la malade ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent. Face violacée, crachats abondants, jaunes et sanguinolents. (Potion kermétisée et opiacée.)

30. Aggravation de tous les symptômes.—Mort.

Septembre.—La chaleur uniforme continua à régner jusqu'au 10; la sécheresse était insupportable, le ciel de serein qu'il était se rembrunit tout à coup et le vent du midi commença à souffler avec impétuosité. Les nuages qui s'amoncelaient depuis deux jours fondirent en une pluie très abondante qui dura dix-huit heures. Le 13, le soleil reparut sur l'horizon et la chaleur devint lourde, humide et accablante; le 17 reparut de nouveau le vent du midi avec ses nuages épais. Le 18, après une journée de pluie, de chaleur, de froid, le ciel devint très obscur et la chaleur étouffante. A huit heures du soir, nous eûmes deux tremblements de terre de très courte durée, à deux minutes d'intervalle. Le 19 la chaleur fut humide et accablante, la soirée fut très chaude, orageuse, les éclairs et le tonnerre se succédèrent avec une rapidité étonnante. A minuit il commença à tomber une pluie de torrent qui ne cessa qu'au bout de dix-huit heures et qui inonda la ville et les campagnes. Le lendemain les eaux s'écoulèrent. Depuis, les vicissitudes les plus bizarres se succédèrent jusqu'à la fin du mois.

A Pujaut, l'épidémie a pris un décroissement subit; elle s'est appesantie sur deux familles seulement. Dans l'une, le père et la mère vaccinés eurent la variole confluente à marche ordinaire, avec une convalescence moins pénible que chez les premiers malades. De leurs quatre enfants tous non vaccinés, les deux aînés furent atteints en même temps que leurs parents de la variole discrète; tandis que les deux plus jeunes n'en éprouvèrent pas la moindre atteinte. Dans la seconde famille, les parents au dessous de 30 ans avec leurs beau-frère et belle-sœur habitant tous la même maison, tous vaccinés, eurent la variole discrète qui ne présenta rien de remarquables. Un de leurs enfants, âgé de 6 ans, non vacciné, succomba à une variole confluente le neuvième jour de la maladie; les deux autres enfants, non vaccinés, résistèrent à l'infection qui régna dans la maison.

A Montfaucon, le décroissement de l'épidémie s'est fait moins remarquer par la di-

minution du nombre des cas, que par les modifications variées que ces cas présentaient. Ce n'était plus la variole dans toute sa pureté originelle, avec son individualité si bien tranchée, avec ses allures franches et immuables; ses congénères, *la varioloïde*, *la varicelle*, *la variole sine variolis*, commencèrent à se glisser parmi les habitants de ce village.

Sur quinze cas il y en avait cinq de véritable varioliques, six de varioloïde, deux de varicelle et deux de fièvre varioleuse non suivie d'éruption. Les cinq premiers, dont quatre confluents et un discret, n'offrirent rien que nous ne connaissions déjà. Nous allons rapporter avec détail un cas de chacune des trois espèces ou nuances de l'affection générale.

IXe Observation. — *Variole sine variolis.*

Sophie Combe, âgée de 17 ans; tempérament nerveux, bien réglée, vaccinée, eut du dégoût, du malaise, des nausées et quelques vomissements depuis le commencement du mois.

Le 8. Fièvre intense; chaleur sèche et mordicante; respiration accélérée; céphalalgie; brisement des membres. (Boisson tempérante.)

9. Pouls à 120; transpiration abondante; céphalalgie frontale très intense; légère toux; nausées; quelques selles diarrhéiques. (Même prescription.)

10. Même état. La malade s'étant exposée à la contagion variolique en visitant et soignant même plusieurs de ses amies atteintes actuellement de variole, nous attendîmes d'un moment à l'autre l'invasion de l'éruption variolique qui devait être suivie de la chute de la fièvre comme cela arrivait chez les autres malades; mais celle-ci finit par tomber le septième jour, sans apparition de la moindre efflorescence sur la surface cutanée. La diarrhée qui tourmentait le plus la malade pendant toute la durée de la fièvre, cessa en même temps que cette dernière.

Octobre.—Les vicissitudes qui avaient signalé la fin du mois précédent continuèrent jusqu'au 7 de celui-ci. Un vent du nord très impétueux qui dura trois jours, mit fin à toutes ces variations extraordinaires. Le temps devint de nouveau chaud et sec. Le 24, après une bise très violente, le ciel devint sombre, le temps orageux, et après une nuit de tonnerre et d'éclairs, nous eûmes des pluies abondantes et presque continuelles.

Sept cas de variole, dont deux confluentes, mortelles, et cinq discrètes, sont les derniers que nous ayons à enregistrer à Pujaut. L'épidémie y a cessé brusquement sans aucune transition, sans aucun changement de caractère, sans aucune modification ni dans sa marche, ni dans ses symptômes généraux ou locaux.

A Montfaucon, au contraire, elle décroît lentement d'une manière sensible. Elle se combine, s'associe, se confond avec d'autres éruptions qui, bien qu'elles portent toujours son cachet, diffèrent au moins pour la forme de celles que nous avons observées jusqu'à présent. Encore, sur douze cas, nous en comptons quatre de véritable variole discrète et huit de varioloïde et de varicelle. L'innocuité des uns et des autres nous dispense de nous en occuper ici. Nous allons rapporter les deux derniers cas funestes observés à Pujaut.

Xe Observation.—*Variole confluente.*—*Mort.*

Philibert Jacques, âgé de 44 ans, père de deux enfants, atteints actuellement de variole discrète; d'un tempérament bilieux, vacciné, avait quitté son travail depuis quelques jours à cause d'une céphalalgie violente.

Le 12. Fièvre intense; peau chaude, sèche et rude; langue jaunâtre; dégoût, soif vive; nausées fréquentes, diarrhée; la céphalalgie est très aiguë. (12 sangsues derrière les oreilles; boisson acidulée.)

13. Pouls à 120; anxiété précordiale; agitation; plus de nausées, ni diarrhée, mais la céphalalgie persiste toujours. La peau est légèrement moite. (Potion calmante, boisson acidulée.)

14. Persistance des mêmes symptômes généraux. Eruption abondante de papules blanchâtres à la face, au cou et à la partie antérieure du thorax. (Même prescription.)

15. L'éruption s'étend sur d'autres points du corps. Les muqueuses buccale, pharyngienne,

palpébrale en portent des traces nombreuses. Quintes de toux déchirantes, déglutition difficile, somnolence, rêvasseries. (Même prescription.)

16. La face est considérablement tuméfiée, les yeux fermés, occlusion presque complète des narines; lèvres très gonflées; dents fuligineuses; coma profond, alternant avec de courts moments de délire manifesté par des mouvements et gestes incohérents. Soubresauts des tendons. (Même prescription.)

17. Même état. (Potion opiacée et tonique.)

18. Même état. (Même prescription.)

19. La déglutition est très difficile, on est obligé d'insuffler dans le pharynx les médicaments qui tombent dans l'estomac comme dans un vase inerte, avec ce bruit particulier que tous les praticiens connaissent. Le malade n'a aucune conscience de son état. (Même prescription.)

20. Recrudescence de tous les symptômes.—Mort.

XI[e] Observation.—*Variole confluente.—Mort.*

Raymond Germain, âgé de 12 ans, vacciné, habitant la même chambre que son frère et sa sœur atteints actuellement de variole discrète, éprouve depuis plusieurs jours du malaise, du dégoût et des maux de tête.

13. Pouls accéléré; respiration précipitée; peau chaude et sèche; céphalalgie, nausées et légère diarrhée, quelques quintes de toux. (Repos, diète.)

14. Agitation, anxiété, assoupissement alternant avec du délire; toux fréquente; apparition de quelques bubons vésiculeux à la face et au cou. (Potion calmante, boisson tempérante.)

15. Recrudescence des symptômes nerveux manifestés la veille; face tuméfiée et couverte de nombreuses pustules caractéristiques. Les autres régions du corps n'en présentent pas moins. Toux violente; difficulté de déglutition. (Prescription comme hier.)

16. Amendement léger des phénomènes nerveux, mais il y a des nausées et des vomissements fréquents. Plusieurs selles diarrhéiques. Toux déchirante; voix rauque. (Même prescription.)

Le huitième jour de la maladie recrudescence subite de tous les symptômes nerveux.—Mort.

Novembre.—Les pluies abondantes de la fin du mois passé grossissant considérablement toutes les rivières qui se versent dans le Rhône, occasionnèrent une crue extraordinaire de ce fleuve. Le 2, le Rhône sortit de son lit, rompit les digues qui ne purent plus le contenir, et en un instant la ville et la plaine furent inondées. La population consternée eut à peine le temps de se réfugier, sous une pluie battante accompagnée d'un orage épouvantable, dans les étages supérieurs ou dans des maisons situées sur le versant sud-est de la montagne. L'inondation dura jusqu'au 24; les communications ne se faisaient que très difficilement. Peu à peu les eaux se retirèrent. Un soleil encore très chaud sécha promptement la terre. La température fut très douce jusqu'à la fin du mois.

Le lecteur qui se rappelle la position topographique de Pujaut a déjà compris que c village n'a pas pu éprouver la moindre atteinte de la calamité qui désolait la plaine. En effet, situé sur le point le plus éloigné du Rhône, séparé de ce fleuve par une double chaîne de montagnes, Pujaut est nécessairement à l'abri de tout ravage des eaux. Aussi, un grand nombre d'habitants de Roquemaure dont les maisons furent submergées y cherchèrent-ils un refuge, à pied, à travers la montagne malgré la terreur que la présence de la variole dans ce village inspirait naguère aux populations voisines. Heureusement l'épidémie y était déjà complétement éteinte. Après sa dernière victime qui a fait le sujet de notre onzième observation, son influence s'est irrévocablement épuisée, et il n'y a plus paru, non-seulement aucun cas de variole, mais encore aucune de ses nuances, de ses modifications. Bien plus, la vaccine que le zèle infatigable de mon excellent confrère M. Pellissier de Pujaut propagea dans les derniers temps de l'épidémie a parcouru sa marche sans aucun trouble ni complication. Disons en passant que la conduite des mères qui les premières ont cédé aux sollicitations du vaccinateur ne saurait trop être louée,

lorsque l'on connaît les préjugés répandus dans le peuple à cet égard. L'exemple une fois donné, l'innocuité de la vaccination une fois reconnue, on s'empressa d'en multiplier les opérations, et en moins de deux mois il en fut pratiqué soixante-cinq.

Montfaucon présente en ce moment un aspect bien différent ; on se rappelle que la montagne qui l'abrite du côté du Rhône ne s'étend pas au delà des limites du village. La plaine n'étant pas protégée par elle n'a d'autre digue qu'une chaussée qui la garantit suffisamment contre les crues ordinaires. Mais l'inondation actuelle surpasse à un très haut degré toutes celles que l'on a vu depuis plus de deux siècles. Renversant tous les obstacles qui s'opposaient à leur débordement, les eaux ne respectèrent que les maisons situées sur les points supérieurs de la montagne, tandis que celles placées sur le plus bas de sa pente en furent inondées. Eh bien ! chose singulière, c'est précisément dans ces mêmes maisons que l'autre fléau, l'épidémie, fit également sa demeure. Dans l'une d'elles, la mère présenta une fièvre variolique la mieux caractérisée ; tandis que ses six enfants, tous vaccinés, offrirent autant de cas représentant le tableau le plus fidèle de toutes les nuances de la variole, depuis la confluente la plus grave jusqu'à la varicelle la plus insignifiante. Toute cette famille avait été entassée dans un grenier et privée pendant plusieurs jours de tout secours.

Dans deux autres maisons, c'étaient les chefs de la famille qui subissaient l'influence de l'épidémie. Comme ces deux cas présentèrent, dans leur début surtout, des symptômes particuliers, nous allons en parler avec détail.

XIIe Observation.—*Variole confluente.*

Léon Pujet, habitant l'extrémité nord d'un des quartiers bas de Montfaucon, âgé de 38 ans, tempérament sanguin, vacciné dans son enfance avec succès, après avoir passé la moitié de la journée du 3 dans l'eau qui remplissait son rez-de-chaussée pour transporter de là les objets les plus nécessaires dans l'étage supérieur, fut pris de frissons et de brisements dans les membres, d'un point de côté très violent et d'une céphalalgie très intense. Les communications ordinaires étant toutes coupées, je ne pus voir le malade que le lendemain.

Le 4. Face vultueuse ; pouls à 130, respiration entrecoupée, douleur vive dans le côté gauche ; peau brûlante ; langue rouge ; yeux injectés ; délire, mouvements et gestes incohérents. (Saignée de 4 palettes, 4 ventouses scarifiées, persistance de tous les symptômes de la veille, moins le point de côté qui a disparu complétement.)

(Saignée abondante ; à défaut de sangsues 2 ventouses scarifiées derrière la nuque.)

6. Amendement notable. Eruption abondante de papules rosées à la face et au cou. Toux fréquente, gêne de la déglutition, quelques vomissements et légère diarrhée. L'eau gagne le premier étage et l'on est forcé de transporter le malade avec sa famille au grenier.

7. Tout le corps est couvert de pustules nombreuses bien caractéristiques ; les muqueuses accessibles à la vue n'en présentent pas moins. Le pouls a repris son rhythme presque normal. L'intelligence est intacte. Le mieux augmente à mesure qu'on s'éloigne de la période de l'invasion ; la fièvre de suppuration est presque nulle et le dixième jour de la maladie Pujet s'occupe de son ménage.

Sa femme et ses enfants, tous vaccinés, qui partagèrent presque sa couche, n'ont pas cessé un instant de jouir de la plus parfaite santé. Je ne puis m'empêcher à cette occasion de citer un fait digne de remarque. L'aînée de ses enfants, âgée de six ans, venait d'être guérie d'une tumeur blanche au genou, au moyen d'une vaste suppuration provoquée sur la partie malade par l'application de plusieurs traînées de poudre de Vienne. Les cicatrices fermes et solides depuis quatre mois se rouvrirent dès les premiers jours de l'inondation. Je fis aussitôt transporter l'enfant dans un lieu sec et au bout de quelques jours les cicatrices reprirent leur consistance ordinaire.

XIIIe Observation.—*Variole discrète.*

Michel Robert, voisin du précédent, âgé de 40 ans, tempérament bilieux, vacciné, ayant passé également toute une journée dans l'eau, ressentit le 5 des frissons dans le dos, des brisements dans les membres et des douleurs très aiguës dans la région lombaire. En attendant

l'homme de l'art avec lequel on ne pouvait communiquer que très difficilement, une commère ordonna de faire suer le malade.

6. J'ai trouvé Robert accablé sous le poids de plusieurs couvertures très épaisses; baigné dans une transpiration très abondante qui ruisselait de tout son corps. Toutes ses artères battaient avec force; la face était vultueuse; les conjonctives injectées et la respiration précipitée.—Après avoir dégagé le malade de ses nombreuses couvertures, et attendu quelque temps pour laisser passer cette grande excitation, je lui ai pratiqué une abondante saignée.

7. Pouls à 140; peau très chaude et moite, respiration accélérée, céphalalgie très intense; agitation, délire, le malade cherche autour de lui sa famille qu'il croit noyée et qui se trouve cependant devant lui. (Saignée, 2 ventouses scarifiées derrière la nuque; boisson tempérante.)

Pouls à 90; peau moite; respiration presque normale, légère toux; il y a encore quelque divagation; aucun phénomène remarquable du côté des voies digestives. Apparition de quelques papules blanchâtres qui prirent bientôt tous les caractères des pustules varioliques. Robert, toujours préoccupé du salut de sa famille, quitta le lit le sixième jour de sa maladie, sans s'inquiéter de sa variole qui a parcouru sa marche sans aucun trouble.

Les symptômes graves qui ont précédé l'éruption dans ces deux cas n'ont été observés jusqu'à présent chez aucun de nos varioleux de Montfaucon. Je suis tenté de les attribuer plutôt à l'émotion morale occasionnée par le spectacle extraordinaire de la nature qu'à l'influence épidémique.

Je n'avance, du reste, cette hypothèse qu'avec une certaine réserve, attendu que cette étiologie ne peut être appuyée sur un nombre de faits suffisants. Car l'inondation n'a non seulement pas développé de maladie nouvelle, mais encore elle a enrayé la marche et hâté la terminaison des maladies régnantes. Dans l'espace des trois semaines pendant lesquelles nous étions en quelque sorte plongés dans les eaux, on n'a pas observé une seule maladie aiguë, on n'a pas enregistré un seul cas de décès, un grand nombre d'adultes offrit cependant à cette époque des furoncles, des anthrax et des engorgements des glandes inguinales, mais sans réaction générale.

Décembre.—Un froid très intense succéda aux variations atmosphériques des jours précédents. Le vent du nord soufflant avec impétuosité sécha l'humidité générale. Le 16, des pluies abondantes amenèrent une nouvelle crue des eaux qui se répandirent de nouveau dans toute la plaine, en pénétrant à travers les brèches des digues. Le 18, revint le vent du nord qui fit aussitôt retirer les eaux et il régna jusqu'à la fin du mois.

Deux cas de variole discrète signalèrent la fin de l'épidémie à Montfaucon. Ils furent observés chez deux sœurs, l'une âgée de 18 et l'autre de 22 ans, toutes deux vaccinées. Elles ne gardèrent le lit que les cinq premiers jours de la maladie. Le onzième jour, trouvant encore les boutons répandus sur les membres inférieurs pleins de matière variolique, après beaucoup de sollicitations j'obtins la permission d'inoculer cette matière à deux enfants. J'ai soumis à cette expérimentation un garçon de 5 ans et sa sœur âgée de 3 ans, tous deux non vaccinés. Le premier eut, le quatrième jour de l'insertion du virus, une fièvre très intense, accompagnée de vomissements et de diarrhée. Le lendemain la fièvre tomba, et il apparut à chaque bras, sur le lieu opéré, trois petites papules rosées, qui, poursuivant, depuis, l'évolution ordinaire des pustules vaccinales, présentèrent une ressemblance telle avec ces dernières, que leur aspect aurait trompé l'œil le plus exercé. Chez sa sœur il n'y a point eu de résultat. Elle ne présenta aucun phénomène général ni local. Cinq mois plus tard, à l'époque ordinaire de mes opérations vaccinales, j'ai vacciné ces deux enfants avec le même résultat chez le frère. Il y avait six pustules bien caractérisées, tandis que la sœur n'en présentait aucune. Il n'y avait point de symptômes généraux ni chez l'un ni chez l'autre. J'ai désiré vivement pendant le cours de l'épidémie de me livrer à quelques expérimentations semblables à celle que je viens de rapporter. J'ai cherché plus tard à multiplier celles que j'avais commencées, mais je n'ai point trouvé de sujets qui aient voulu s'y soumettre.

TABLEAU INDICATIF, par mois, des cas de variole observés dans les communes de PUJAUT et MONTFAUCON, en 1840.

INDICATION des mois.	VARIOLE DISCRÈTE.					VARIOLE CONFLUENTE.					TOTAL général des cas observés.	GUÉRISONS.			DÉCÈS.		
	MONTFAUCON.		PUJAUT.		TOTAL.	MONTFAUCON.		PUJAUT.		TOTAL.		Mont-faucon.	Pujaut.	TOTAL.	Mont-faucon.	Pujaut.	TOTAL.
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.								
Mai...........	2	2	»	3	7	»	»	1	1	2	9	4	5	9	»	»	»
Juin...........	1	1	1	1	4	»	»	»	2	2	6	2	2	4	»	2	2
Juillet.........	3	5	4	4	16	1	2	2	3	8	24	11	10	21	»	3	3
Août...........	3	2	9	6	20	3	8	2	4	17	37	15	21	36	1	»	1
Septembre......	4	7	2	2	15	1	3	2	1	7	22	15	6	21	»	1	1
Octobre........	3	9	2	3	17	»	»	2	»	2	19	12	5	17	»	2	2
Novembre......	2	4	»	»	6	1	2	»	»	3	9	9	»	9	»	»	»
Décembre......	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	2	2	»	2	»	»	2
TOTAUX......	18	32	18	19	87	6	15	9	11	41	128	70	49	119	1	8	9

Il me reste maintenant à résumer en peu de mots ce que je viens de rapporter dans les observations éparses. Je tacherai de le faire de la manière la plus succincte.

La petite vérole éclata au mois de mai 1840, sur les deux points opposés du canton de Roquemaure, à Montfaucon et à Pujaut. Elle fut importée dans le premier village, de la Camargue, pays éloigné d'une dizaine de lieues, où elle régnait épidémiquement. A Pujaut, elle fut importée d'Avignon, où elle ne s'était montrée qu'à l'état sporadique.

Transportée sur notre sol, au moyen de la contagion immédiate, l'épidémie suivit, depuis, l'impulsion de sa propre cause, et se répandit en vertu de la force de propagation dont elle était douée, tantôt par contact direct et tantôt par infection.

Dans Pujaut, le premier cas fut grave. Une éruption confluente précédée et accompagnée de symptômes généraux alarmants, suivie d'une convalescence longue et pénible, signala le début de l'épidémie et servit, en quelque sorte, d'avant-coureur et de type aux nombreux cas observés jusqu'à la fin de sa durée, comme l'innocuité et la bénignité des premiers cas observés à Montfaucon, furent le présage et le modèle de presque tous ceux qui les ont suivis.

Dans les deux pays, la physionomie de chaque cas en particulier pouvait être considérée comme le reflet le plus fidèle de l'épidémie en général; la marche respective de chaque fait isolé et celle de l'ensemble de l'épidémie ayant été dans Montfaucon et dans Pujaut parfaitement identiques. Ici, tout se confond. La gravité de la période d'invasion ne cède en rien à celle de suppuration, et celle de dessiccation et de desquamation est aussi intense que celle d'invasion, d'une part; et de l'autre, point de transition, point de modification, point de variété; le commencement, le milieu et la fin de l'épidémie se ressemblent parfaitement. Elle a fini aussi brusquement qu'elle avait commencé. Là, au contraire, chaque évolution pathologique présente des périodes parfaitement bien tranchées, comme chaque phase de l'épidémie offre des phénomènes particuliers. Dans le début, notre petite vérole est rare et généralement discrète. Les cas se multiplient et s'aggravent vers le milieu, pour décroître bientôt et présenter ces variétés de l'infection mère, qui ont été de tous les temps et sous les règnes des épidémies varioliques, leurs compagnes inséparables. Vers le déclin de l'épidémie, il n'était point rare d'observer non-seulement la varioloïde et la varicelle avec leurs différentes nuances chez des individus d'âge et de sexe différents; mais encore avec un peu d'attention il était aisé d'étudier toutes ces espèces et variétés sur le même individu. Quant à la variole *sine variolis*, j'avoue que malgré l'autorité de Baillou, de Boerhaave, de Sydenham, je doutais un peu ou plutôt je ne pouvais pas trop comprendre son existence; aujourd'hui que j'ai vu cette fièvre variolique sans éruption, je rends grâce à ces grands observateurs d'avoir signalé à la science ces anomalies morbides aussi vraies qu'inexplicables.

Le traitement de notre variole ne pouvait avoir rien de constant et de fixe. Simple dans les cas ordinaires, notre thérapeutique a dû nécessairement varier selon les indications puisées dans les complications et les accidents généraux et locaux. Les congestions sanguines, le molimen hémorrhagique ou inflammatoire ont été combattus par les antiphlogistiques. L'état saburral, par des boissons émétisées, acidulées, tempérantes. Les antispasmodiques ont souvent calmé les désordres nerveux. J'ai eu recours à l'écorce du Pérou lorsque la prostration des forces et un état adynamique bien caractérisés m'ont fourni l'indication de la médication tonique. La diète, le régime sévère, les délayants, l'air frais et pur, les soins de propreté, la consolation du moral: voilà la base de mon traitement. Dans le commencement, il m'a bien fallu lutter quelque peu contre les idées erronées des malades; mais l'exemple, l'expérience sont venus bientôt seconder mes efforts. Si Sydenham eût écrit de nos jours, il ne se serait, certes, pas élevé avec tant de force contre les abus des remèdes incendiaires dans la variole. Car les saines idées médicales qui règnent aujourd'hui dans nos écoles sont non-seulement presque généralement répandues parmi tous les praticiens, mais encore elles s'infiltrent peu à peu dans les esprits du peuple.

Un grand nombre des sujets que notre épidémie a atteints dans les deux pays ont été vaccinés avec succès dans leur enfance.

Un autre fait non moins remarquable, c'est l'heureuse résistance des enfants vaccinés et non vaccinés à l'influence épidémique. A Pujaut même, où la variole sévit avec tant de violence, sur les soixante-cinq vaccinations opérées avec succès du temps de l'épidémie, pas une ne fut troublée dans sa marche par la maladie régnante.

Rappelous en finissant ce cas unique d'inoculation de la variole suivi d'un succès complet et qui n'a pas plus détruit chez ce sujet inoculé l'aptitude pour la vaccine que les vaccinations antérieures n'ont détruit l'aptitude ultérieure pour la variole chez presque tous les sujets qui ont subi l'influence de notre épidémie.

REVUE CRITIQUE.

DE L'ÉTAT DU CŒUR CHEZ LE VIEILLARD, *d'après les observations recueillies à la Salpêtrière;* par M. Neucourt, interne des hôpitaux.

M. Neucourt a fait des recherches sur l'état du cœur des vieillards, dans le service de M. Beau, à la Salpêtrière. Voici le résumé des considérations diverses auxquelles M. Neucourt s'est livré dans son travail : 1° le cœur chez le vieillard a un volume au moins égal à celui de l'adulte, et, s'il y a une différence, elle est à l'avantage du premier; 2° l'épaisseur des parois est un peu plus grande dans la vieillesse qu'à tout autre âge ; 3° la largeur de tous les orifices est un peu plus grande que chez l'adulte ; 4° les ossifications seules de l'aorte n'entraînent pas nécessairement du désordre dans l'exercice des fonctions du cœur ; 5° aucun signe n'en démontre la présence lorsqu'elles ne sont accompagnées ni de rétrécissement ni d'insuffisance des orifices auxquels elles ont leur siége ; 6° les ossifications de la fin de l'aorte abdominale sont plus fréquentes que celles de tout autre partie de ce vaisseau ; 7° il est presque certain que les maladies du cœur, rétrécissement et insuffisance, se révèlent chez le vieillard par les mêmes signes à l'auscultation que chez l'adulte; 8° après la mort, les diverses cavités du cœur sont d'autant plus contractées et revenues sur elles-mêmes, que la mort aura été plus rapide; 9° des bruits anormaux, siégeant aux orifices du cœur, peuvent exister sans trouble des fonctions; 10° des maladies du cœur, même avec altération très profonde dans le jeu de cet organe, peuvent exister un très grand nombre d'années sans entraîner la mort.

La plupart des résultats auxquels M. Neucourt est arrivé, surtout en ce qui concerne l'état physiologique du cœur chez le vieillard, sont le fruit des recherches de cet élève distingué. Il est quelques-unes des propositions précédentes qui ont trait à la pathologie du cœur, que l'on retrouvera avec des modifications, dans la seconde partie des *études cliniques sur les maladies des vieillards*, par M. Beau. C'est pour cela que nous n'y insistons pas en ce moment.

(*Archives.*)

RECHERCHES SUR LA GANGRÈNE PULMONAIRE *et spécialement sur la nature et le traitement de cette maladie, et de la gangrène spontanée chez l'enfant;* par le docteur Ernest Boudet.

Ce travail, basé sur des recherches statistiques, peu se résumer ainsi :

La gangrène du poumon paraît plus commune chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie. Il en est de même des autres gangrènes, développées spontanément ou sans influence de causes physiques.

Chez l'enfant, la gangrène du poumon est rarement limitée à cet organe : elle envahit ordinairement à la fois plusieurs points de l'économie.

Dans le poumon, elle présente une tendance remarquable à l'envahissement des organes voisins. Elle y affecte trois formes distinctes : celle de plaques, celle de noyaux, la forme diffuse.

La cause prochaine de la gangrène du poumon et des autres gangrènes spontanées de l'enfance, est une altération du sang consécutive au scorbut, à la rougeole, à la scarlatine, et caractérisée pendant la vie par des hémorrhagies, des taches de pourpre, le ramollissement des gencives; après la mort, par des ecchymoses, des suffusions sanguines, et la liquidité complète ou la dissolution du sang.

Cette lésion remarquable est très probablement, au point de vue chimique, le résultat de la diminution de fibrine et de l'excès d'alcalinité du sang.

Ces deux dernières propositions, qui fournissent à M. Boudet l'indication de prescrire les acides à l'intérieur, conjointement avec les antiseptiques, demandent de nouvelles recherches. Nous désirons vivement que cette théorie de M. Boudet, sur la cause de la

gangrène spontanée chez les enfants soit confirmée par l'observation de ceux qui se sont adonnés d'une manière spéciale à l'étude des maladies du jeune âge.

(*Archives.*)

AFFECTION DOULOUREUSE DES GLANDES MAMMAIRES, *par le docteur* RUFZ *de la Martinique.*

Astley Cooper est le premier qui ait décrit cette maladie. M. Rufz en donne dans ce travail quatre observations, et il dit en avoir recueilli onze. Voici les symptômes principaux qu'elle présente : douleur sourde mais continue, qui a son siége dans la glande mammaire, et qui s'irradie tout autour sans suivre le trajet d'aucun nerf. La pression n'est sensible que dans certains points de la glande, qui sont durs et forment comme des noyaux arrondis, dont le volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette. Cette affection ne paraît réagir sur aucune des fonctions de l'économie; elle peut durer longtemps : une dame en était affectée depuis vingt ans. M. Rufz pense que la maladie qu'il décrit n'a aucune influence sur la production du cancer des mamelles; il n'a point observé, comme le prétend Cooper, une relation entre cette affection et les fonctions utérines.

M. Rufz a vu cette maladie céder deux fois à des purgatifs répétés, et deux fois à la compression du sein. Il recommande particulièrement les incisions sous-cutanées du sein, pratiquées avec un ténotome ordinaire; elles lui ont parfaitement réussi dans deux cas où tous les autres moyens avaient échoué.

(*Archives.*)

DES HÉMORRHAGIES *dans la cavité de l'arachnoïde pendant l'enfance.*

L'hémorrhagie des méninges n'a pas été l'objet de fravaux aussi importants que l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale; la fréquence beaucoup moindre de la première maladie rend facilement compte de cette différence.

C'est surtout aux deux époques extrêmes de la vie que l'on rencontre cette hémorrhagie.

M. Prus a lu récemment à l'Académie un mémoire fort remarquable sur cette affection assez fréquente chez les vieillards (*Journal de médecine*, p. 157).

M. Legendre, ancien interne de l'hôpital des Enfants, vient de publier dans la *Revue médicale* une histoire étendue de l'hémorrhagie de la cavité de l'arachnoïde pendant l'enfance. Son travail a pour bases sept cas de cette affection observés par lui chez des sujets de deux à trois ans, ainsi que la plupart des faits du même genre, qui existaient déjà dans la science.

D'après la considération des caractères anatomiques et symptomatologiques, on peut distinguer chez les enfants deux périodes bien tranchées de cette maladie : l'une est la période aiguë, pendant laquelle l'hémorrhagie s'effectue dans la cavité de l'arachnoïde; la seconde période qui a une marche chronique, dépend du travail organisateur qui s'opère autour du liquide épanché.

L'hémorrhagie est presque constamment due à une exhalation sanguine. M. Legendre n'a constaté de rupture vasculaire que dans un seul cas. L'hémorrhagie occupe le plus souvent les deux moitiés de la cavité arachnoïdienne.

A la fin de la période aiguë, le sang épanché s'organise; la partie fibrineuse se dépose sur toute la surface de la séreuse, forme une sorte de sac sans ouverture, qui renferme la partie non coagulée du liquide épanché. Cette fausse membrane, molle et rougeâtre, ne tarde pas à prendre plus de consistance, et à devenir un véritable kyste, qui n'est qu'adhérent à la séreuse pariétale. Quelques pathologistes avaient pensé que le liquide s'amassait entre la dure-mère et la séreuse. Dans ce kyste on trouve tantôt du sang et de la sérosité sanguinolente, tantôt une liqueur d'un brun rougeâtre, tantôt de la sérosité sanguinolente seulement; la quantité de ces liquides est de beaucoup supérieure à la quantité de sang que l'on rencontre dans la période aiguë; on peut se rendre compte par là de l'accroissement que l'on observe dans le volume de la tête de l'enfant, et qui constitue une sorte d'hydrocéphale chronique.

Jusqu'à présent on n'a pu encore reconnaître les causes occasionnelles de cette apoplexie.

La période aiguë se révèle, tantôt par des convulsions répétées, tantôt par un ensemble de phénomènes généraux et de symptômes nerveux, que l'on caractérise sous le nom de *fièvre cérébrale*. Parfois aussi, ajoute M. Legendre, on a pris pour des hydrocéphales aiguës essentielles des cas dans lesquels il s'était formé un épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde.

M. Legendre n'a jamais observé de paralysie dans la période aiguë de l'apoplexie méningée, même dans les cas où il trouvait un épanchement de sang de 140 à 180 grammes. Aussi n'a-t-il jamais trouvé le cerveau aplati, atrophié, par la pression du liquide. Mais la capacité de la dure-mère et de la voûte du crâne s'étaient agrandies; c'est ce qui explique l'absence de paralysie dans la période aiguë.

Souvent la mort est provoquée ou hâtée par des phlegmasies thoraciques intercurrentes.

Les symptômes de la seconde période sont absolument ceux de l'hydrocéphalie ventriculaire ordinaire; seulement cette dernière n'est pas précédée des accidents propres à l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne.

Quant au traitement, M. Legendre conseille dans la période aiguë les antiphlogistiques et les révulsifs usités dans les phlegmasies cérébrales. Il préconise pour la forme chronique les résolutifs, les vésicatoires sur la tête, les frictions mercurielles, la compression suivant la méthode d'Engelmann, et enfin la ponction comme dernière ressource.

(*Revue médicale.*)

DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT AQUEUX DE SEIGLE ERGOTÉ *dans quelques cas d'affections chroniques de l'utérus.*

Le seigle ergoté est un médicament dont on a dit beaucoup de bien et beaucoup de mal, qu'on a appliqué à des affections très diverses, et dont l'action physiologique et thérapeutique a été l'objet de nombreux travaux, remarquables souvent par des conclusions diamétralement opposées. Au milieu de ce conflit d'opinions si différentes, que croire? quel parti prendre?

C'est pour fixer les incertitudes du praticien sur ce point important de thérapeutique que M. le docteur Arnal va publier incessamment un travail étendu. Il vient d'insérer dans le Bulletin de thérapeutique un fragment de ses recherches.

M. Arnal a soumis le seigle ergoté à une expérimentation longue et variée. C'est particulièrement dans les engorgements chroniques de l'utérus, avec ou sans ulcération, qu'il a obtenus les plus heureux résultats.

Le seigle ergoté, d'après les analyses de MM. Bonjean et Boudet, renferme deux substances principales, l'une vénéneuse, représentée par une huile soluble dans l'éther, l'autre qu'on n'a pu encore complétement isoler, mais qui est soluble dans l'eau, et qui a pour effet d'augmenter la contractilité générale et spécialement celle de la matrice. M. Arnal, pour éviter les effets toxiques du seigle ergoté, mentionnés par tous les auteurs, administrait à ses malades seulement l'extrait aqueux, c'est-à-dire la partie du médicament qui a une action sur les muscles; il a pu en employer impunément des doses considérables, jusqu'à 60 centigrammes et même un gramme par jour, et cela pendant des mois consécutifs. Cinq centigrammes de cet extrait représentent à peu près quarante centigrammes de poudre.

Chez toutes ses malades l'auteur n'a constaté, pendant l'administration de cet extrait aqueux, aucun dérangement appréciable du côté des voies digestives. Des douleurs abdominales et lombaires, développées brusquement, et ressemblant assez bien aux élancements subits, à ces *fulgura doloris* des névralgies, cessant tout à coup pour reparaître au bout d'un temps varié, annonçaient l'influence salutaire du médicament. L'appareil urinaire, l'urine, les organes de l'hématose, le sang, le cœur n'ont éprouvé aucune modification appréciable de la part de cette médication.

En résumé, sur 36 malades affectées d'engorgement du col de l'uterus traitées par M. Arnal au moyen de l'extrait aqueux de seigle ergoté, 25 avaient aussi une ou plusieurs ulcérations qui étaient généralement superficielles; quelques-unes cependant, plus profondes, avaient détruit une partie du col.

Dans ce nombre, 2 avaient en même temps un engorgement du corps de l'organe; mais cette circonstance n'a apporté aucune différence sensible dans le résultat, le seigle ergoté agissant à la fois sur le corps et le col. La guérison a été, à peu de chose près, aussi rapide que lorsque le col seul se trouvait affecté.

La moyenne du traitement a été de trois mois environ.

Aucune de ces malades n'a observé le repos absolu; toutes, au contraire, se sont livrées comme avant à leurs occupations habituelles; elles faisaient généralement des injections émollientes qu'on rendait astringentes vers la fin du traitement.

La dose du medicament était d'abord de 20 à 30 centigrammes par jour, qu'on portait ensuite à 60 centigrammes et même à 1 gramme.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

DE L'INCONTINENCE D'URINE *traitée avec succès par le nitrate de potasse.*

M. le docteur Young de Chester a publié récemment dans *l'american Journal of medical sciences*, un mémoire destiné à prouver l'efficacité du nitrate de potasse contre une infirmité des plus rebelles et des plus dégoûtantes, l'incontinence d'urine congénitale chez les enfants. Il administre ce médicament à la dose de 30 grains par jour, à prendre en trois prises; et il continue son usage jusqu'à extinction complète de l'incontinence d'urine.

L'auteur a cherché à expliquer ici le mode d'action du nitrate de potasse. Il a supposé que ce sel communiquait à l'urine des propriétés excitantes dont l'effet était une stimulation efficace de la vessie ou de son sphincter.

Les observations de M. Young, quoique peu nombreuses, méritent cependant de fixer l'attention des praticiens et doivent les engager à répéter ces essais thérapeutiques.

OBSERVATION D'APHONIE NERVEUSE *guérie par le galvanisme.*

Les maladies dites nerveuses, c'est-à-dire les affections qui consistent dans un simple trouble de l'innervation, qui ne sont point liées à l'existence d'altération organique appréciable, font souvent le desespoir du médecin, tant elles sont réfractaires à la plupart des médications employées pour les combattre. L'électricité est souvent employée avec succès contre ces sortes de maladies. Nous trouvons dans un journal italien (*Giornale dé progressi della terapeutica*) la relation d'un cas d'aphonie nerveuse, qui, après avoir résisté à un grand nombre de médicaments, a fini par céder, grâce à l'emploi du galvanisme.

Un jeune Dalmate, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, jouissant habituellement d'une bonne santé, tua dans une rixe un de ses compatriotes, et fut, par suite de ce meurtre, incarcéré. Trois jours après il fut pris d'une violente attaque d'épilepsie, et perdit complétement la voix. La cavité buccale, le pharynx et le larynx furent examinés avec le plus grand soin par les hommes de l'art; on ne découvrit que de la difficulté dans les mouvements de la langue et du larynx, coïncidant avec l'aphonie. Pour combattre cette affection, on employa successivement les saignées générales et locales, l'émétique, les purgatifs drastiques, des emplâtres stibiés, etc. Mais tout cela fut insuffisant, le malade n'en restait pas moins aphone et dans l'obligation de tenir la bouche entr'ouverte pour faciliter la respiration qui ne s'accomplissait chez lui qu'à l'aide de courtes et pénibles inspirations.

Seize mois s'étaient écoulés depuis l'attaque d'épilepsie et les choses en étaient au même point, lorsqu'on songea à mettre en usage la pile de Volta. Tous les deux à trois jours à peu près, le malade était soumis à un appareil composé de 50 à 70 couples, et on donna, chaque fois, de deux cents à quatre cents commotions. Grâce à cette médication énergique, la voix reprit graduellement son timbre normal; en même temps la mobilité de la langue et du larynx se rétablit, et on constata aisément qu'après la douzième séance, la guérison était parfaite.

DU TRAITEMENT DE LA MENTAGRE.

La mentagre est l'une des maladies de la peau des plus rebelles, et contre laquelle on a préconisé un grand nombre de médications. Cette affection se présente dans la pratique sous des états bien divers. Tantôt ce sont des espèces de croûtes sèches, fixées sur la peau de la lèvre supérieure notablement tuméfiée; d'autres fois les lèvres, leur pourtour, le menton sont le siége de saillies tuberculeuses, au sommet ou dans l'intervalle desquelles on aperçoit des pustules acuminées, d'un blanc jaune à leur pointe, dont la base est dure, semblant quelquefois naître au milieu du bulbe des poils, et d'autres fois à côté de ces bulbes, accompagnées, quand elles existent depuis quelque temps, de plaques dépourvues de barbe. Chez quelques malades toute la peau du bas du visage est boursouflée, pleine de tubercules, recouverte d'une suppuration gluante, au milieu de laquelle s'élève une barbe épaisse, que la maladie ne permet d'enlever que difficilement.

M. Emery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a fixé récemment, d'une manière particulière, son attention sur cette maladie, qui, comme on le voit, peut se présenter sous des aspects bien différents.

La mentagre légère et récente cède en quelques jours à des boissons délayantes, des cataplasmes et des lotions émollientes. Mais lorsqu'elle est très intense, elle exige un traitement énergique. Voici la méthode dont se sert M. Emery, à laquelle il s'est arrêté après de nombreux tâtonnements; elle est simple, d'une exécution facile, et elle s'appuie de quatre-vingts observations recueillies sur soixante-quatorze hommes et six femmes.

Dès le début, ce médecin fait couper la barbe avec des ciseaux, nettoyer les parties souffrantes, et recouvrir le mal avec des cataplasmes épais de fécule de pommes de terre entre deux linges, qu'on renouvelle quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures. Il prescrit en outre des lotions d'eau de guimauve et des bains locaux de même nature.

Après huit jours de traitement, on remplace les lotions et les bains par des lotions alcalines, quatre grammes de sous-carbonate de potasse dissous dans un litre d'eau ; on les emploie d'abord quatre ou cinq fois par jour, pendant dix minutes chaque fois; on augmente ensuite leur durée, et l'on finit, en les répétant plus souvent, par employer deux ou trois heures du jour à cette médication. On continue l'emploi des cataplasmes émollients pendant quinze à vingt jours encore. M. Emery en suspend d'abord l'usage pendant le jour, et enfin, après un mois à cinq semaines, suivant l'état des pustules, il les cesse tout à fait pour s'en tenir aux lotions alcalines, dont il aide l'action par des douches alcalines et des bains de vapeur. Il donne pour tisane une infusion de scabieuse et de pensée sauvage, ou celle de fumeterre et de douce-amère. De légers purgatifs salins plusieurs fois répétés durant le cours de la maladie, les eaux d'Enghien à l'intérieur, un régime doux et des bains simples, complètent tout le traitement.

Ce traitement guérit ordinairement les mentagres intenses et récentes dans l'espace d'un mois à six semaines.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

RAPPORT SUR LES REVACCINATIONS *ordonnées en* 1840, *dans l'armée du grand-duché de Bade;* par M. Meyer, médecin de l'état-major de l'armée.

Le ministre de la guerre du duché de Bade a ordonné, en 1840, la revaccination de l'armée tout entière, soldats et sous-officiers. N'ont été exemptés de cette mesure que les individus âgés de plus de 36 ans, ou ceux qui avaient été revaccinés depuis l'âge de 20 ans. Lorsque la vaccination échoue, une deuxième doit être pratiquée l'année suivante.

Le nombre des individus revaccinés a été de 3,170 en 1840. Dans ce nombre, 3,015 présentaient des marques distinctes d'une première vaccination, 118 des marques indistinctes, 22 n'avaient aucune marque, et 15 portaient des cicatrices varioliques. 1,288 furent revaccinés au moyen d'un virus primitif, parmi lesquels 12 pour la deuxième fois; 1,882 à l'aide d'un virus provenant de pustules produites par la revaccination, parmi lesquels 51 pour la deuxième fois.

Résultats. Sur la 1re catégorie de 1,288, on observa :

Pustules suivant un cours régulier..	314
Pustules suivant un cours irrégulier.	397
Aucun résultat....................	577

Sur la 2e catégorie, de 1,882.

Pustules vraies	521
Pustules fausses....................	821
Aucun résultat....................	540

Ainsi, le quart des individus vaccinés a présenté des pustules vraies, possédant la propriété de servir à la vaccination d'autres individus. Dans la même année, 5 individus, non encore revaccinés, furent atteints de la varioloïde. Ces faits parlent d'eux-mêmes assez haut pour qu'enfin on veuille les entendre. Voilà des revaccinations opérées sur une grande échelle, et le nombre des pustules vraies obtenues est considérable. Nous serions même tentés de croire, d'après les faits que nous avons été à même d'observer, qu'on a mis peut-être une trop grande facilité dans la constatation des pustules. Il existe une vaccinelle, comme l'a nommée M. Rayer, qui a la plus grande ressemblance dans son début avec la véritable éruption vaccinale. Mais les pustules, une fois obtenues, se troublent et se dessèchent beaucoup plus vite en laissant des cicatrices moins profondes. Cette éruption est donc à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole; et on doit, ce nous semble, la distinguer de la seconde vaccine, qui suit complètement le cours de la première; car elle seule mérite d'être inoculée. Quoi qu'il en soit, les faits cités sont bien suffisants pour démontrer la nécessité des revaccinations. Déjà l'autorité Badoise, en 1843, ne se contente plus d'agir sur l'armée; elle prescrit la revaccination dans les maisons de détention; elle fait, en outre, un appel à tous les médecins du grand-duché pour qu'ils s'occupent le plus possible des revaccinations. Et, en France, il continue à régner, au sujet de cette question importante, une indécision que malheureusement quelque grande épidémie aura seule peut-être le pouvoir de faire cesser.

DIABÈTE SUCRÉ. — *Traitement par le carbonate d'ammoniaque. — Guérison.*

Une jeune fille de 17 ans, fort délicate, en proie à la misère, fit, en 1841, une chute violente, par suite de laquelle survint une épistaxis considérable. De ce moment, elle sentit sa santé décliner; la quantité de l'urine qu'elle rendait alla en augmentant. Son appétit et sa soif devinrent de plus en plus désordonnés. Après plusieurs traitements infructueux, elle consulta le docteur Hodges, le 20 mars dernier. A cette époque, elle estimait la valeur des urines rendues pendant 24 heures à environ 12 litres (24 pintes anglaises), et elle buvait à peu près la même quantité de liquide.

Voici l'état dans lequel la trouva le médecin consulté :

Maigreur extrême et découragement. Pouls à 90; langue blanche sur les côtés, rouge au centre et humide. Ventre ballonné; parfois une sensation de brûlure à l'estomac : à peu près tous les mois atteintes violentes de diarrhée et de vomissements. Les règles ont cessé de paraître. La peau est sèche et rude. Point de toux ni de douleurs dans la poitrine, sauf quelques palpitations. Pour le moment, elle ne souffre ni du dos, ni des lombes; mais elle dit, qu'il y a quelque temps, ses jambes étaient considérablement enflées, et que la jambe gauche est douloureuse au toucher. La soif est très grande après qu'elle a mangé. L'urine a une couleur pâle et une odeur qui se rapproche de celle du lait aigri; elle a un goût douceâtre; elle pèse 1,030; elle ne dépose pas au repos. Elle rougit le papier de tournesol. La chaleur et l'acide nitrique n'y déterminent aucun coagulum; quand on l'abandonne pendant plusieurs jours, elle fermente spontanément et exhale une odeur alcoolique. On peut aisément se procurer du sucre en grande quantité par une simple évaporation de l'urine fraîche. La malade elle-même a été souvent surprise de voir les parties de son linge sur lesquelles était tombée de l'urine se recouvrir d'une poussière blanche d'un goût douceâtre.

Le médecin prit la résolution de mettre en

essai le traitement azoté, recommandé par le docteur Barlow, traitement fort analogue à celui qu'a fait connaître M. Bouchardat. Il commença donc par prescrire le carbonate d'ammoniaque à la dose de 25 centigrammes toutes les trois heures, avec du café et du lard pour déjeuner; pour dîner, de la viande et des végétaux crucifères. Il ordonna en même temps de porter de la flanelle et de faire des frictions sur la peau.

Au bout de quatre jours de ce traitement, un notable changement se faisait remarquer. L'urine était réduite à sept litres dans les vingt-quatre heures; mais elle conservait toujours la même pesanteur spécifique. L'ammoniaque produisait une chaleur générale, mais sans transpiration.

Cinq grains de carbonate d'ammoniaque, dissous dans l'eau, toutes les deux heures.

Le 1er avril, l'amélioration continue, la malade a pu sortir; elle a transpiré abondamment. L'urine est réduite à quatre litres. L'appétit n'est plus désordonné.

15 avril. Le mieux se soutient. On a été obligé, en raison du dégoût, de ne plus donner le carbonate d'ammoniaque que toutes les trois heures. L'urine, qui conserve toujours la même pesanteur, ne fermente plus spontanément; elle ressemble à du lait mêlé à une grande quantité d'eau. Abandonnée à elle-même, elle se recouvre d'une pellicule qui ressemble à de la crême. Elle est neutre. Elle est en même quantité que la boisson, deux litres et demi.

29 avril. La pesanteur spécifique est descendue à 1,020; la quantité est de deux litres. L'appétit est naturel; la langue nette, le pouls à 80. Cette fille assure qu'elle n'a jamais joui d'une aussi bonne santé.

Le 12 juin. Elle a repris de l'embonpoint et des couleurs. Elle se regarde comme complétement guérie.

M. Hodges considère la perte considérable de sang que fit cette malade, comme cause déterminante du diabète. On pourrait, dit-il, regarder aussi cette affection comme le résultat d'une alimentation exclusivement composée de pommes de terre et d'autres végétaux. Mais quoique cette nourriture soit celle d'une population nombreuse, la rareté des diabètes qu'on y observe prouve que si une diète exclusivement végétale peut aggraver la maladie quand elle est une fois établie, elle ne suffit point par elle-même pour produire le diabète.

(*London medical Gazette. July.*)

OBSERVATIONS *recueillies à la terre de Van-Diémen.*

Un petit nombre seulement des médecins anglais militaires qui sont disséminés dans les nombreuses colonies du royaume britannique occupent leurs loisirs à écrire des mémoires sur la topographie médicale des contrées éloignées où ils font presque toujours un assez long séjour. Il serait à désirer que ces documents intéressants se multipliassent. Car ils serviraient à résoudre les grandes questions de médecine comparative qui agitent les esprits, encore plus sûrement que ceux qui pourraient être recueillis par des médecins voyageurs, passant rapidement et ne pouvant observer suffisamment par eux-mêmes. Nous chercherons à tenir nos lecteurs au courant de tous ceux de ces mémoires qui méritent de l'intérêt.

Les renseignements suivants ont été fournis par M. Power, aide-major au 5e dragons des gardes, qui a fait un séjour de trois années dans cette île de l'Austrasie. Il résidait habituellement à Hobart-Town, la capitale; mais il visita toutes les parties de l'île où se trouvait un établissement, et même les districts les plus éloignés et qui sont encore inhabités.

La température de cette contrée est excessivement variable; le thermomètre monte souvent aussi haut en hiver qu'en été, et dans cette dernière saison descend aussi facilement. Les habitants, particulièrement ceux qui vivent sur les côtes, sont exposés le même jour à éprouver tous les extrêmes de la chaleur et du froid. Ces changements, dont la rapidité défie toute précaution, s'opèrent selon que domine ou non la brise de mer. Les matinées et les soirées sont en général les parties les plus froides du jour. Et, à ces deux époques, on ne néglige guère de tenir du feu allumé. Mais quelquefois arrive tout le contraire. Pendant une matinée d'été (1), vers 10 ou 11 heures, la chaleur est par fois si étouffante, que chacun se confine dans ses habitations; en une heure cette chaleur extrême fait place à un froid vif, piquant, venant de la mer, qui renouvelle ou donne des douleurs rhumatismales. Après une heure ou deux de durée, la brise peut à son tour disparaître et être remplacée par l'excessive chaleur du matin.

Pendant une bonne partie de l'année, mais spécialement en automne, le ciel est remarquablement pur, l'air sec et raréfié. Cette condition de l'atmosphère paraît donner à la vie animale, dans ces contrées, un degré de légèreté et d'élasticité presque inconnu ailleurs. L'homme et les animaux sont aptes à supporter plus de fatigue et pendant plus longtemps, avec une nourriture fort ordinaire. On est frappé de la gaîté que montrent parfois les habitants dans les longues excursions qu'ils

(1) Septembre, octobre et novembre composent le printemps; décembre, janvier et février l'été; mars, avril et mai l'automne; juin, juillet et août l'hiver.

entreprennent à cheval dans l'intérieur des terres. Cette cause contribuerait-elle aussi à la fréquence des cas d'aliénation mentale qu'on observe dans l'île?

La phthisie pulmonaire, qu'un préjugé vulgaire bannit de ces contrées, sans être aussi fréquente qu'en Europe, se rencontre parfois dans toutes les classes d'habitants; chez ceux qui ont émigré dans cette partie du monde, chez ceux qui y sont nés de parents européens et chez les indigènes. C'est même cette cruelle maladie qui paraît avoir spécialement décimé les habitants primitifs, et en avoir réduit le nombre à une misérable poignée. Libres premièrement, vivant par tribus, ils émigraient d'une partie de l'île dans l'autre, au gré de la nécessité ou de leur caprice. Les Européens une fois arrivés dans l'île, ils furent traqués, et enfin déportés en masse dans une petite île du détroit de Bass. Le gouvernement leur fournit des provisions, des vêtements, des habitations, et même des surveillants. Mais cette race vagabonde, accoutumée à vivre comme il lui plaisait, de pêche ou de chasse, en parcourant une vaste contrée, se trouva fort mal de ces attentions philanthropiques dans l'étroite prison où elle était confinée. Ils moururent en grand nombre et pour la plupart de phthisie. Enfin, depuis quelques années, on a introduit chez eux un autre genre de vie plus conforme à leurs premières habitudes, et la mortalité a considérablement diminué.

Le voyage sur mer que l'on a tant vanté pour combattre les effets de la phthisie, et qui peut réussir sous les zones tempérées, a au contraire une influence fatale pour tous ceux qui, se dirigeant vers ces pays lointains, ont à supporter les ennuis d'une longue traversée, et sont exposés à l'air froid qui règne la plus grande partie de l'année dans les hautes latitudes sud.

La coqueluche et les divers exanthèmes se rencontrent aussi à la terre de Van-Diémen, mais paraissent avoir une moins grande intensité qu'en Europe.

La plus grande partie des femmes déportées, qui ont mené en Angleterre la vie la plus dissolue, soumises à des habitudes régulières et à une discipline sévère, se marient et deviennent mères de nombreuses familles. Cette circonstance a fait penser que cette contrée exerçait sur la fécondité une influence toute spéciale. L'auteur, tout en reconnaissant que par rapport à ces femmes il faut tenir surtout compte du changement d'habitude, admet cependant que, de pareils résultats ayant été observés dans une toute autre classe de la société, et que l'on ne doit point méconnaître l'effet de ce climat salubre et stimulant. Il pense que l'influence d'un voyage sur mer ne doit pas non plus être oubliée dans l'examen de cette question.

On ne s'étonnera point, avec les changements continuels de la température, que le rhumatisme se montre sous toutes les formes et avec une opiniâtreté qui résiste pendant longtemps à tous les traitements. Mais la maladie qui depuis quelques années a fait le plus de victimes dans toutes les classes, c'est une fièvre qui, tout en ayant beaucoup de ressemblance avec le typhus, s'en distingue par quelques traits caractéristiques et a reçu le nom de fièvre coloniale.

Le début en est fort insidieux, et les symptômes dans la première période en paraissent fort bénins. Quand la maladie est abandonnée à elle-même, il arrive souvent qu'au huitième ou dixième jour le malade et ses amis ne se doutent pas encore de la gravité de l'affection. Après cette période, la marche des symptômes alarmants est en général rapide. Comme dans le typhus, la langue devient noire, sèche, fendillée. Mais on rencontre plus rarement les pétéchies et les autres éruptions. Les symptômes cérébraux se montrent ordinairement de bonne heure dans cette période et sont fréquemment accompagnés de troubles intestinaux qui pourraient faire supposer de vastes altérations dans le canal intestinal. Et, toutefois, dans la majorité des cas où l'autopsie a pu être faite, à peine a-t-on trouvé les traces mêmes d'une inflammation ordinaire.

Quand la fièvre est complètement tombée, et que le sujet est en pleine convalescence, le pouls reste un peu fréquent, et tant que dure cette fréquence, il y a danger des rechutes qui d'ailleurs s'observent fort souvent. L'auteur ne donne aucun détail sur le traitement qui réussit le mieux. Et cependant, à l'en croire, la promptitude des secours aurait la plus grande influence; c'est même la principale cause qui établirait entre les soldats et les condamnés une énorme disproportion, puisqu'au fort de la fièvre, la mortalite fut chez ces derniers d'un sur sept, tandis que sur *soixante-seize* soldats atteints un seul mourut.

En présence d'une différence aussi surprenante, ne reste-t-il qu'à admirer les effets d'un traitement préventif, les influences de constitution et de régime différents, ou bien faudrait-il supposer que vers le 41ᵉ degré de latitude sud et le 144ᵉ de longitude est, on peut rencontrer des statistiques toutes grossies de cas légers à la plus grande gloire des médecins?

(*The Dublin journal of médical science*).

PARACENTHÈSE DU PÉRICARDE. — GUÉRISON.

Le 24 février 1842, un matelot fut reçu à l'hôpital de Cronstadt pour un épanchement énorme dans le péricarde qui avait résisté à toutes les médications; le sixième jour de

son entrée les symptômes acquirent une gravité telle, que la mort paraissait être imminente. Le docteur Schoenberg se décida à pratiquer la ponction du péricarde au moyen du trois quarts : il s'écoula cinq livres d'une sérosité rougeâtre et six semaines après la guérison était complète.

Il est fâcheux que ce fait soit rapporté avec aussi peu de détails. Quelle était la cause de l'épanchement? Voilà ce qu'il aurait surtout fallu dire.

(*Allgemeines Repertorium der gesammten deutschen medizinisch-chirurgischen Journalistik*, mai 1843.)

DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DES PHLEGMASIES.

Déjà en 1829 le docteur Basedow annonça qu'il avait combattu avec succès des phlegmasies viscérales graves, par les frictions mercurielles; en 1839 il cita quelques faits à l'appui de cette assertion, et cette année il a publié de nouvelles observations que nous croyons utile de reproduire, pour engager les praticiens à soumettre cette médication au jugement de l'expérience.

Observation Ire. — *Pleuro-pneumonie.* — Au mois d'avril 1840, un homme fut atteint d'une double pleuro-pneumonie. *Six fortes saignées et plusieurs applications de ventouses* furent pratiquées dans les huit premiers jours de la maladie; de l'*émétique* fut administré à hautes doses, mais on fut obligé de renoncer à l'emploi de ce médicament qui détermina une violente irritation du duodénum accompagnée d'ictère. Ce traitement énergique n'arrêta point la marche de l'inflammation; les deux poumons s'hépatisèrent dans leur moitié inférieure et il se forma un double épanchement pleurétique considérable.

On eut alors recours au *calomel* et aux *frictions mercurielles ;* la salivation ne tarda pas à se manifester : un vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche de la poitrine, et trois semaines après la guérison était complète.

Observation IIe. — En mars 1840, une femme de 24 ans s'exposa au froid ayant ses règles; l'écoulement sanguin se supprima, il survint des frissons, de la fièvre, des vomissements et une douleur violente dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite. Une tumeur douloureuse et assez volumineuse ne tarda pas à se développer dans cette dernière. *Quatre saignées* et une *application de vingt sangsues* furent pratiquées, et l'on prescrivit des petites doses de *calomel* et des *frictions mercurielles.*

Le cinquième jour, le ptyalisme mercuriel se manifesta, les règles reparurent et la douleur cessa. La salivation se prolongea pendant quatorze jours, la tumeur de la fosse iliaque diminua peu à peu et finit par disparaître complétement.

Observation IIIe.—En février 1841, une jeune fille de 17 ans, s'étant exposée au froid après avoir dansé, fut prise d'une affection rhumatismale caractérisée par les symptômes suivants. Violentes douleurs dans les muscles du dos et des cuisses, roideur tétanique de ces dernières, tremblements des bras et des mains, soubresauts dans les tendons, pouls fréquent et irrégulier, palpitations, delire. On prescrivit *une saignée de seize onces*, une *application de ventouses et des frictions mercurielles sur le dos.* La salivation eut lieu dès le troisième jour et aussitôt il se manifesta une amélioration qui fut rapidement suivie de la guérison.

Observation IVe.—Une femme de 37 ans fut prise d'une *pleurésie diaphragmatique rhumatismale; deux saignées* et de *nombreuses applications de ventouses* n'arrêtèrent point l'inflammation qui envahit le poumon. On eut alors recours aux *frictions mercurielles ;* la salivation se montra dès le second jour, les règles parurent avant leur époque habituelle et dès ce moment la malade fut en voie de guérison.

Observation Ve.—Un homme fut pris, tout à coup, de frissons, de fièvre, de céphalalgie, de vomissements et d'une douleur violente dans la région iliaque droite se prolongeant jusque dans la cuisse, dont les mouvements devinrent pénibles. Les accidents augmentèrent pendant plusieurs jours et la formation d'un abcès de la fosse iliaque paraissait inévitable. *Des applications de sangsues*, du *calomel* et des *frictions mercurielles* amenèrent néanmoins la résolution de la tumeur iliaque.

Observation VIe.—Un enfant de 7 ans est pris, le 10 novembre 1842, de coliques, de vomissements, de céphalalgie et de fièvre. Trois jours après on trouve le ventre chaud et tendu, très douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite; l'urine est rare, troublée, la soif vive; le pouls à 100 pulsations par minute. *Application de sangsues, infusion d'ipécacuanha.* Le 15, les symptômes ont encore augmenté; la pression la plus légère détermine une vive douleur dans la région cœcale. *Saignée de cinq onces, huile de ricin, bain, trente-six milligrammes de calomel toutes les deux heures.* Le 16, le ventre est un peu moins tendu et l'on sent, dans la région cœcale, une tumeur ayant environ le volume d'un œuf de poule. *Bains, neuf sangsues, seize milligrammes de calomel toutes les deux heures, une friction mercurielle toutes les trois heures.* Le 17, les mouvements du tronc sont rendus pénibles par la tumeur cœcale qui est le siége de violentes

douleurs ; *saignée de six onces, une friction mercurielle toutes les deux heures.* Le 18, la tumeur est plus diffuse ; elle ne peut plus être exactement limitée, les douleurs sont moins vives, le pouls est à 98. Le menton et la nuque sont couverts par un érythème mercuriel. Le 20, la salivation se manifeste, le ventre est mou, la tumeur cœcale complétement indolente, le pouls à 90. *Deux frictions mercurielles dans les vingt-quatre heures.* Le 21, on supprime tout traitement et le 29 la guérison était complète.

Les faits rapportés par le docteur Basedow offrent sans doute quelque intérêt ; mais comment déterminer la part qu'ont eue les frictions mercurielles dans la guérison, lorsque toujours on leur a associé d'abondantes émissions sanguines générales et locales.

(*Hufeland's journal*, février 1843.)

SCARLATINE, MÉNINGITE, AFFUSIONS FROIDES, GUÉRISON.

Un garçon de trois ans, scrophuleux, fut pris tout à coup d'un mal de tête et de gorge ; le lendemain des plaques rouges se montrèrent sur toute la surface du corps. On administra un *lavement purgatif et six prises de calomel de vingt-cinq milligrammes chacune.* L'enfant vomit cinq fois, eut six évacuations alvines, et la nuit suivante il se manifesta du délire accompagné d'une grande agitation. Le cinquième jour le petit malade fut transporté à l'hôpital où l'on prescrivit *une potion purgative et quatre sangsues derrière les oreilles.* Le sixième jour, l'éruption n'était que médiocre et l'enfant tomba dans un état soporeux fort grave ; *quatre nouvelles sangsues* furent appliquées, mais les accidents allèrent en augmentant et la mort paraissait être imminente. Le professeur Lachan résolut alors d'essayer les affusions froides qui furent faites sur la tête et sur tout le corps. Dans la nuit, et le matin du septième jour, les affusions furent renouvelées ; dans l'intervalle, des compresses trempées dans de l'eau froide restèrent appliquées sur la tête. Ce traitement fut suivi d'un succès remarquable ; l'enfant revint à la connaissance, les symptômes encéphaliques disparurent, l'exanthème se montra dans toute sa force et suivit dès lors sa marche régulière.

(*Allgemeines Repertorium*, mai 1843.)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation du calomel en poudre impalpable dit calomel à la vapeur.

(SOUBEIRAN.)

Le calomel à la vapeur est utilement employé, tant en chirurgie qu'en médecine. On le tirait autrefois d'Angleterre. M. Soubeiran vient de publier un mode de préparation qui nous délivrera de ce tribut.

Les procédés employés en France jusqu'ici pour préparer le calomel à la vapeur étaient longs et d'une exécution difficile. Aujourd'hui M. Soubeiran n'emploie plus ni vapeur d'eau ni courant d'air ; son appareil se compose simplement d'un tube et d'un récipient, et il obtient du calomel divisé de la plus grande beauté, et par un appareil si simple, que M. Soubeiran s'est demandé comment on n'y avait pas pensé tout d'abord ; pour en concevoir l'esprit, il faut se reporter à une opération analogue, pratiquée en grand dans les arts, savoir : la fabrication de la fleur de soufre. Voici maintenant comme M. Soubeiran opère :

Les vases dans lesquels il chauffe le calomel sont des tubes en terre allongés, de dix centimètres de diamètre sur cinquante à soixante centimètres de longueur. Ils sont fermés à un bout et ouverts à l'autre ; chacun d'eux peut contenir quatre à cinq kilogrammes de mercure doux. Les tubes dont il s'est servi avaient été faits avec la terre qui sert à fabriquer les creusets de Paris ; il a eu le soin de les enduire à l'extérieur d'une couche de terre argileuse ; de cette manière, chaque tube a pu suffire à plusieurs opérations.

Le tube est placé dans un fourneau allongé, il sort par l'un des côtés, sur une longueur de quatre centimètres, et il pénètre à fleur de la paroi d'un récipient. Ce récipient a été pour M. Soubeiran, jusqu'à ce jour, une grande fontaine en grès, qui a été percée, aux deux tiers de sa hauteur, d'un trou rond, dans lequel l'extrémité ouverte du tube entre à frottement. Il achève de boucher la jointure avec un peu de lut. Il pose le couvercle sur la fontaine et il l'ajuste avec une bande de papier collé ; il laisse, en liant, une ouverture qui permet à l'air dilaté de sortir librement ; il suffit de la recouvrir avec une plaque de verre. A cette fontaine, on pourra substituer une petite chambre dont la paroi, du côté du fourneau, sera construite en briques. M. Soubeiran a fait une opération de ce genre dans une chambre destinée habituellement à la fabrication du chlorure de chaux, et qui a quatre mètres cubes de capacité. L'opération y a très bien réussi ; mais pour les doses de quelques kilogrammes qu'il a mises en œuvre, il préfère la fontaine de grès qui se manœuvre et se nettoie sans difficulté.

On a assuré à M. Soubeiran que c'était le pro-

cédé employé par les fabricants anglais et qu'ils tiennent caché; quoi qu'il en soit, le calomel qu'il fournit peut soutenir la comparaison avec tout ce qui est importé de plus beau de l'Angleterre, c'est une conquête acquise à notre industrie.

Journal de pharmacie et de chimie.

Liniment contre les brûlures.

(De Bourge de Rollot.)

Chlorure de chaux liquide } *aa* parties
Huile blanche........... } égales.

Mêlez bien exactement; les pansements doivent être faits avec un linge fin, ou mieux avec un taffetas gommé et fenêtré enduit du mélange ci-dessus. On place sur ce taffetas un plumasseau de ouate recouvert aussi de cette préparation.

M. de Bourge emploie depuis quinze ans cette préparation avec le plus grand succès.

Bains contre la salivation mercurielle.

(Baumgartner.)

Acide nitrique........ } *aa* 10 grammes.
Acide chlorhydrique... }
Eau q. s.

Employez une baignoire de bois.

Pommade stibiée.

(Dr Hanay.)

Tartre stibié........... 8 gram.
Sublimé corrosif....... 30 centigr.
Axonge................ 45 gram.

M. avec soin. Ds. pour l'usage externe.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations sur le muguet des nouveau-nés et des enfants a la mamelle: *Thèse par M. Ribourt*, Paris, août 1843.

Cette thèse est une exposition des opinions de M. Trousseau sur les symptômes et la nature du muguet, opinions qui diffèrent beaucoup de celles de M. Valleix. On sait que M. Valleix regarde le muguet comme constituant une maladie spéciale du tube digestif chez les enfants; et même, d'après cet observateur, cette maladie spéciale pourrait exister sans se lier dans tous les cas à la présence des produits pultacés de la langue; il y aurait, en un mot, des muguets sans muguet comme on voit des varioles sans éruption varioleuse. M. Valleix établit que cette affection débute par un érythème des fesses et des cuisses, et par la diarrhée; puis apparaissent des ulcérations aux malléoles et aux talons; la fièvre vint ensuite; il y a rougeur et gonflement de la langue, et la pseudo-membrane du muguet se montre accompagnée de gonflement et de tension du ventre.

M. Ribourt oppose à ce tableau les symptômes tels qu'il les a observés à l'hôpital Necker dans le service de M. Trousseau. Il a vu le muguet se présenter quelquefois sans fièvre, sans diarrhée, sans érythème des fesses, etc. C'était, dans ces cas, une affection purement locale de la langue, et d'une nature extrêmement bénigne, puisque les petits malades n'avaient rien perdu de leur fraîcheur ni de leur gaieté.

M. Ribourt explique cette différence entre la description de M. Valleix et les symptômes qu'il a observés, par une différence notable dans les circonstances hygiéniques qui ne sont plus les mêmes à l'hôpital Necker et à l'hospice des Enfants-Trouvés où M. Valleix a recueilli les matériaux de son ouvrage sur les maladies des enfants. D'après M. Ribourt, M. Valleix n'a pas donné l'histoire du muguet ordinaire, mais seulement celle du muguet *de l'hospice* des enfants trouvés. Il aurait dû dire par conséquent comme Bagliv : *hoc scripsi sub sole romano.*

M. Valleix n'a peut-être pas tenu compte assez des circonstances extrêmement défavorables dans lesquelles se trouvent les enfants de l'hospice où il a observé. Il est difficile de dire précisément si elles dépendent d'un défaut d'alimentation ou d'aération; mais ce qu'il y a malheureusement de bien positif à ce sujet, c'est que la mortalité dans toutes les maladies, est effrayante à l'hospice des Enfants-Trouvés. Dans cette maison il n'y a pas comme ailleurs des symptômes graves et légers; ils sont tous graves parce qu'ils se lient tous à des affections qui, le plus souvent, se terminent par la mort. C'est pour cela que le muguet qui est le plus souvent *bénin* dans les autres établissements, et notamment à l'hôpital Necker, est *malin* à l'hospice des Enfants-Trouvés.

On peut espérer que si les conditions hygiéniques de cet hospice venaient à changer et que la mortalité générale s'abaissât à son chiffre ordinaire, le muguet y retirait cette bénignité qui lui est habituelle ailleurs. Dès lors, la description de M. Valleix ne pourrait plus guère être vérifiée que sur des cas exceptionnels qui constitueraient alors le muguet *malin* des auteurs.

ENCYCLOPÉDIE DES SCIENCES MÉDICALES, M. Bayle, rédacteur en chef.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE, par Joseph Franck, traduit par M. Bayle, 129e livraison. *Paul Mellier, libraire-éditeur, place St-André-des-Arts, n° 12.*

Le Traité de pathologie interne de Joseph Franck a obtenu en Allemagne et en Italie un grand succès. Le manque d'ouvrages modernes, qui comprennent la pathologie interne toute entière, la réputation qu'avait acquise ce médecin par un enseignement médical d'une vingtaine d'années dans les principales villes du nord de l'Europe, la renommée que son père P. Franck avait obtenue à son nom, ont certainement contribué puissamment à établir le succès de cet ouvrage.

Le livre de Joseph Franck est une vaste encyclopédie consacrée à l'exposé des maladies, qui font partie de ce que nous appelons la pathologie interne.

Lorsqu'il trace l'histoire d'une maladie, l'auteur fait une énumération très détaillée, fort longue, de la plupart des observations, mémoires, thèses, ouvrages publiés sur cette affection par les médecins de tous les pays, des temps anciens, du moyen âge ou de la renaissance. C'est un précieux répertoire pour ceux qui veulent étudier la bibliographie médicale de ces époques. Quant aux travaux modernes, Franck les connaît moins bien; il indique presque tous ceux publiés dans sa patrie; mais les publications de la médecine française, qui ont eu une si immense influence sur la destinée de notre science, qui ont changé si notablement, depuis une vingtaine d'années, sa physionomie, elles sont citées d'une manière fort incomplète; aussi ne faut-il pas aller chercher dans Franck un exposé complet des documents de la science contemporaine sur chaque maladie du cadre nosologique.

Ainsi, à l'article péripneumonie (comprenant la pleurésie, la pneumonie et la pleuro-pneumonie), Franck cite presque tous les auteurs, même les plus obscurs et les plus inconnus des temps anciens, du moyen âge, de la renaissance et du commencement de ce siècle, et chose extraordinaire, il parle *une seule fois* de Laennec, non pas dans le corps de la description, mais dans une très courte note où il critique amèrement l'emploi de la percussion et de l'auscultation. Quant aux autres travaux publiés en France sur le même sujet, ils ne sont pas mentionnés; les noms d'Andral, de Piorry, etc., ne sont pas prononcés. Lorsque Franck écrivait sa dernière édition, dont nous analysons la traduction faite par M. Bayle, les recherches de ces médecins sur la pleuro-pneumonie étaient publiées depuis une quinzaine d'années.

Franck fait beaucoup de citations, mais presque jamais il n'analyse ni ne critique les écrits, dont il ne mentionne le plus souvent que le titre. Voici du reste quelle est la nature et la disposition des matières contenues dans son grand ouvrage.

Sa classification est en grande partie basée sur le siége anatomique des maladies; il décrit, les unes à la suite des autres, les diverses affections de chaque appareil organique. Ce n'est point, à proprement parler, une classification. Sa première section comprend les fièvres ; la seconde est consacrée aux maladies de la peau ; dans la troisième il s'occupe du système nerveux; dans la quatrième il s'agit des maladies des yeux, des oreilles et des narines; la cinquième renferme les maladies du larynx, de la trachée-artère, du corps tyroïde, des poumons et de la cavité pectorale; la sixième contient les maladies du diaphragme, du péricarde, du cœur, des artères et des veines; enfin, dans la septième et dernière, l'auteur a tracé l'histoire des maladies des lèvres, des joues, des dents, des gencives, de la langue, du palais, de la luette, des tonsilles, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac.

C'est ici que se termine l'ouvrage de Franck; il paraît qu'en mourant il a laissé, à peu près complétement rédigée, la suite de son livre, qui comprendra les maladies des intestins, du foie, de la rate, du pancréas, du péritoîne, des reins, des uretères, de la vessie, des organes génitaux, ainsi que la plupart des maladies constitutionnelles, telles que les scrophules, le rachitis, la goutte, le cancer, le scorbut, les maladies vermineuses, etc.

Chaque maladie est décrite sous les différents points de vue qu'elle peut présenter et de manière à former une monographie étendue. L'auteur définit d'abord l'affection dont il est question, il en donne la synonymie et l'historique, et indique les principaux ouvrages écrits sur ce sujet. Il trace les symptômes et les lésions que l'on trouve à l'autopsie. Viennent ensuite les causes prédisposantes, excitantes et prochaines. Après cela Franck fait connaître le diagnostic de la maladie en question, puis il termine par l'exposé du pronostic et du traitement. Dans ces trois dernières parties, Franck se montre souvent clinicien sagace, observateur exact et thérapeutiste profond; ces paragraphes sont fréquemment traités avec tous les développements nécessaires pour diriger le praticien dans les principales circonstances.

M. Bayle a rendu service à la médecine française en traduisant l'ouvrage de J. Franck écrit en latin. Un grand nombre de médecins qui ne sont plus suffisamment familiarisés avec la langue de Cicéron et de Celse, profiteront avec grand avantage de la traduction

française de cet ouvrage, qui, malgré ses défauts, est encore aujourd'hui le meilleur traité général de pathologie interne qui existe dans aucune langue.

M. Bayle poursuit avec activité son œuvre importante ; il traduit en ce moment le dernier volume de Franck, qui sera le sixième. Ces six volumes contiendront au moins la matière de quinze volumes ordinaires.

COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, *par* MM. MONNERET et Louis FLEURY. *Ouvrage autorisé par le conseil de l'instruction publique*, XIXe livraison. Chez *Béchet jeune*, libraire-éditeur, place de l'École de médecine, no 1.

La XIXe livraison du *Compendium de médecine pratique* vient de paraître : elle renferme la fin de l'article consacré à la *fièvre intermittente*, l'article *intestin* (maladies de l') et l'article *ivresse*.

Les auteurs réunissant dans une même classe toutes les maladies paludiques dont le quinquina est le remède, ont rattaché à l'etude de la fièvre intermittente, celle des fièvres pernicieuses, des fièvres rémittentes, des fièvres continues paludiques et des fièvres intermittentes larvées. On comprend aisément tous les avantages qui résultent pour la nosographie comme pour la thérapeutique, de l'édification de cette grande famille pathologique, et l'on a peine à comprendre comment dans les ouvrages les plus récents, on a pu séparer, isoler les uns des autres des états morbides qui tirent leur origine d'une même source et réclament la même médication. La manière dont MM. Monneret et Fleury ont considéré cette importante question est aussi philosophique que pratique.

Dans l'article *intestin*, nous trouvons les chapitres suivants : 1o Abcès ; 2o Amincissement ; 3o Cancer; 4o Cicatrices ; 5o Concrétion intestinale; 6o Corps étrangers dans l'intestin : 7o Dilatation ; 8o Enterorrhée ; 9o Entozoaires; 10o Etranglement interne; 11o Gangrène intestinale; 12o Hémorrhagie intestinale; 13o Hypertrophie de l'intestin; 14o Inflammation de l'intestin; 15o Invagination; 16o Mélanose; 17o Névralgie; 18o Obstacle au cours des matières; 19o Perforation; 20o Pneumatose; 21o Polypes; 22o Ramollissement; 23o Rétrécissement; 24o Rupture; 25o Spasme; 26o Tubercules; 27o Tumeurs stercorales; 28o Ulcération; 29o Volvulus.

Ce travail constitue un traité complet des affections médicales de l'Intestin, et remplit une importante lacune dans la littérature médicale. Rien d'analogue n'existe, en effet, dans la science si ce n'est l'ouvrage de Puchelt destiné à faire suite aux *Praxeos* de Jos. Franck et dans lequel on retrouve toutes les qualités et tous les défauts qui caractérisent l'œuvre de ce dernier médecin.

Les recherches bibliographiques auxquelles se sont livrés MM. Monneret et Fleury sont énormes et on le comprendra aisément, si l'on réfléchit qu'ils n'ont eu, pour édifier leur travail, que les faits isolés et les mémoires répandus dans les archives de la médecine. L'oblitération, la perforation et l'ulcération de l'intestin ont été envisagées du point de vue de la pathologie générale : ces chapitres sont entièrement neufs.

Dans l'article *ivresse*, MM. Monneret et Fleury ne se sont point contentés, comme on l'a fait généralement, d'indiquer les accidents de l'ivresse aiguë : ils ont étudié l'*empoisonnement alcoolique* dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, et à cette dernière ils ont rattaché : 1o La férocité ébrieuse; 2o La monomanie homicide ébrieuse; 3o La lypémanie ébrieuse; 4o La dipsomanie; 5o La démence ébrieuse; 6o les hallucinations ébrieuses; 7o Les convulsions et l'épilepsie ébrieuses.

Les altérations anatomiques, les effets de l'alcool sur les différentes fonctions ont été étudiées avec soin. Ici encore, le travail de MM. Monneret et Fleury est complétement neuf.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 5 septembre.)

M. Gauthier de Claubry commence la lecture d'un mémoire dans lequel il cherche à prouver la non-dégénérescence du virus vaccin et l'identité complète du virus ancien avec celui de 1836.

(Séance du 19 septembre.)

M. Emery lit un rapport sur un mémoire relatif à la dysenterie ; l'auteur de ce travail, M. Fave, ayant observé un grand nombre de cas de dysenterie en Algérie et ayant constaté que cette affection résistait à tous les traitements usités, dit avoir employé avec grand succès la préparation suivante :

℞ Ecorce de chêne vert..	3 grammes.
Parties spongieuses de l'églantier..........	1
Scille en poudre......	19 centigr.
Vanille...............	5
Amidon...............	7 décigr.

Le rapporteur, n'ayant pas trouvé dans le mémoire de M. Fave les détails et les caractères d'authenticité désirables, propose le dépôt aux archives en attendant que M. Fave ait fait parvenir à l'Académie des observations plus complètes. Ces conclusions sont adoptées.

(Séance du 26 septembre.)

M. Bousquet lit un mémoire sur la dégénérescence du virus-vaccin et sur la nécessité des revaccinations avec le nouveau vaccin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 11 septembre.)

M. Rossignon, de Lyon, annonce, dans une note, que l'analyse lui a fait découvrir du cuivre dans plusieurs substances alimentaires et même, contrairement à l'assertion de MM. Danger et Flandin, dans le sang, la fibre musculaire et d'autres parties organiques de l'homme et de plusieurs animaux.

Les principaux résultats énoncés par M. Rossignon sont les suivants :

La gélatine obtenue par le procédé de l'hôpital Saint-Louis, carbonisée en vases clos, fournit 0,03 de cuivre pur sur 100 de charbon.

L'oseille cuite des fruitières donne 2 d'exalate neutre de cuivre sur 100.

Le chocolat Ménier donne un charbon qui renferme 0,07 de cuivre.

Le chocolat Marquis 0,05.

Des pains provenant des principales boulangeries de Paris ont donné sur 1,000 parties de pain carbonisé de 0,05 à 0,08 de cuivre.

Le sucre de fécule renferme jusqu'à 4 de cuivre pour 100 de charbon.

Enfin M. Rossignon a trouvé des quantités très minimes mais appréciables de cuivre dans le sperme de l'homme, dans les excréments de la poule et dans l'œuf.

VARIÉTÉS.

M. Londe a fait connaître à l'Académie royale de médecine, dans la séance du 5 septembre, qu'il s'était transporté dans le cimetière où reposent les restes de Bichat, qu'il n'avait trouvé qu'à grand' peine la pierre obscure et dégradée dont l'érection fut due aux soins de M. Pariset, que dans un temps peu éloigné, la ville de Paris allait faire exproprier les sépultures et que par conséquent les restes de Bichat étaient sur le point d'être jetés dans la fosse commune.

M. Londe a demandé que l'Académie intervînt auprès de l'autorité, afin d'obtenir au Père-Lachaise un terrain sur lequel on pût élever un modeste monument surmonté du buste de Bichat. L'Académie a renvoyé la proposition de M. Londe à son conseil d'administration.

Le 13 septembre, le bureau de la Société médicale d'observation s'est rendu auprès du préfet de la Seine et a prié ce magistrat de demander au conseil municipal un terrain à perpétuité dans l'un des cimetières de Paris, pour y transporter les restes de Bichat. M. de Rambuteau a répondu que dans le cas où la famille de Bichat serait hors d'état d'acheter un terrain, il soumettrait la demande au conseil, à l'époque de sa réunion.

M. Mérat a fait connaître à l'Académie royale de médecine, dans la séance du 12 septembre, que son conseil d'administration avait décidé qu'il se mettrait en rapport avec les administrateurs municipaux de la ville de Bourg, pour concerter un parti à l'égard des restes de Bichat, et dans cette même séance l'Académie a décidé, sur la proposition de M. Velpeau, qu'elle ferait auprès du préfet de la Seine une démarche analogue à celle de la société d'émulation.

Espérons que les efforts de l'Académie ne resteront pas stériles, et que le conseil municipal ne voudra pas que, pendant qu'on élève une statue à Bichat dans la ville de Bourg, les cendres de ce grand homme soient profanées dans la ville de Paris. Dans le cas contraire, nous ferions au corps médical un appel qui serait certainement entendu.

—Dans la séance du 5 septembre, M. Gaultier de Claubry a lu, à l'Académie de médecine, un mémoire sur la *non-dégénérescence du virus vaccin et l'identité complète du virus ancien avec celui de* 1836 ; dans la séance du 26, M. Bousquet a lu un travail sur *la dégénérescence du virus vaccin et sur la nécessité des revaccinations avec le nouveau vaccin.*—Il serait à désirer que l'Académie intervînt, et fît enfin cesser des débats contradictoires qui jettent l'inquiétude dans le public et font rire à nos dépens. Voici fort longtemps qu'un rapport doit être fait à l'Académie sur la revaccination ; il mettrait la savante société en demeure de se prononcer : qu'attend le rapporteur ?

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an ; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue Mazarine, n° 32.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX:

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris;

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

NOVEMBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la paracentèse du thorax dans certains cas de pleurésie aiguë; *par* M. TROUSSEAU, *professeur de thérapeutique à l'École de Médecine de Paris.* (Lu à l'Académie royale de Médecine le 24 octobre 1843.)

MESSIEURS,

J'ai fait avec succès la paracentèse du thorax dans un cas de pleurésie aiguë; je vous dirai dans quelles circonstances.

Avant de vous parler de ce fait pratique, je veux tout d'abord protester contre l'interprétation que l'on donnera à ma pensée. Il est, sinon certain, du moins bien probable, que ceux de mes confrères qui ne se recommandent pas par une attention bienveillante, croiront, ou tout au moins diront, que je conseille habituellement la paracentèse du thorax dans le traitement de la pleurésie aiguë; et je ne serais pas étonné d'apprendre, dans quelques mois, que ce procédé chirurgical est par moi indiqué, au même titre que les saignées, les ventouses et les vésicatoires volants.

Il en est ainsi de tout. Quand M. Bretonneau et ses élèves osèrent essayer de populariser la trachéotomie dans la période extrême du croup; il fut dit, répété, imprimé partout, que nous faisions l'ouverture de la trachée dès qu'un enfant avait une toux quelque peu rauque. En

vain, protestions-nous de toutes nos forces ; en vain, disions-nous partout et par toutes les voix dont nous pouvions disposer, que nous voulions, pour faire la trachéotomie, que l'angine fût dûment diphthérique, que l'orthopnée fût considérable, et que tout autre moyen de salut nous eût été enlevé ; en vain l'avons-nous dit, M. Bretonneau depuis vingt-cinq ans, M. Velpeau et moi depuis quinze, nous n'en sommes pas moins restés sous le coup de la malveillante opposition qui avait accueilli nos travaux.

Il faut, dans ce monde, payer la peine de ce qu'on fait de bien, plus durement peut-être que celle du mal qu'on aurait pu faire.

Toutes ces précautions, Messieurs, afin que l'on entende bien positivement que si j'ai pu faire et *si je conseille la paracentèse dans le cas de pleurésie aiguë, c'est comme moyen extrême, alors que tous les autres remèdes ont été impuissants et que la vie est prochainement compromise par l'abondance de l'épanchement.*

A priori, je n'étais pas très effrayé de l'idée d'une ponction du thorax : dans les expériences nombreuses que j'avais faites sur les chevaux avec M. Rigot d'Alfort, et avec mon ami M. Leblanc, j'avais pu apprécier l'innocuité des plaies pénétrantes de la poitrine, tant que le cœur ou quelque gros vaisseau n'avait pas été intéressé ; j'avais surtout été surpris du peu d'accidents que causait l'introduction de l'air dans la plèvre, lors même que la plaie intercostale avait été faite sans ménagement et que, pendant assez longtemps, chaque inspiration faisait entrer dans le sac pleural une notable quantité d'air ; et pourtant, cela devait avoir chez les chevaux de bien plus graves conséquences que chez l'homme, attendu que la cloison médiastine du cheval est le plus ordinairement criblée de nombreuses ouvertures, de sorte que l'introduction de l'air se fait simultanément dans les deux plèvres, d'où semblerait devoir résulter un affaissement mortel des deux poumons.

Cette introduction de l'air pouvait avoir toutefois des inconvénients médiocres, lorsque la plèvre était saine, et il ne devait plus en être de même lorsque la membrane était enflammée, ou bien encore lorsque le sac pleural contenait du sang ou des produits de l'inflammation.

Mes expériences, Messieurs, répondaient encore à cette objection.

Vous vous rappelez peut-être celles que je faisais avec M. Rigot à Alfort en 1825 et 1826 ; elles avaient pour but de tracer l'histoire anatomique des inflammations. Nous avions commencé par étudier les altérations cadavériques qui pouvaient simuler les lésions pathologiques. C'était la continuation des travaux que j'avais entrepris à l'hôpital de Tours, durant mon internat. Nous avons d'ailleurs publié, dans les *Archives générales de médecine*, le résultat de nos nombreuses recherches sur cet important sujet.

Concurremment nous faisions des expériences sur les inflammations, et les cavités séreuses furent les premières l'objet de nos investigations. Ces recherches, qui nous coûtèrent plusieurs mois d'un travail assidu, ne furent pas publiées pour une raison que je vais vous dire. Notre mémoire, très volumineux d'ailleurs, allait être imprimé, lorsque parut l'ouvrage de M. Gendrin intitulé : *Histoire anatomique des inflammations* ; vous comprenez avec quel empressement nous lûmes ce qui avait trait aux phlegmasies des membranes séreuses. Or, il y avait une telle identité avec ce que nous avions fait ; les résultats des expériences de M. Gendrin étaient si parfaitement conformes aux nôtres, non-seulement dans l'ensemble, mais encore dans les plus minutieux détails, que nous renonçâmes à publier notre travail, et que, dès cette époque, je conçus pour l'exactitude scientifique de cet observateur une haute et profonde estime.

Or, Messieurs, pour déterminer des inflammations de la plèvre, nous injections, par une plaie faite entre les côtes, divers liquides irritants. Il se faisait promptement un épanchement séreux, et pendant un jour quelquefois, il s'introduisait de l'air quand l'animal toussait et lors même qu'il ne faisait que de longues inspirations. Ce nonobstant, les pleurésies guérissaient vite et bien, quand toutefois la cause irritante n'avait pas agi trop violemment.

Les expériences que je faisais plus tard avec M. Leblanc avaient un autre but. Il

s'agitait alors, vous devez vous le rappeler, une question fort importante, relativement aux plaies pénétrantes de la poitrine. Il s'agissait de savoir si l'on devait extraire ou laisser le sang qui s'épanchait dans la cavité des plèvres. Nous ouvrions assez largement un espace intercostal avec le bistouri, puis nous injections dans la plèvre, le sang que nous tirions en même temps de la veine jugulaire de l'animal. Dans d'autres cas, nous enfoncions dans la poitrine à une profondeur de cinq, dix, vingt et même trente centimètres, soit une baïonnette, soit une épée, soit un couteau, nous plaçant dans les conditions ordinaires des plaies de poitrine chez l'homme. Ce n'est point ici le lieu d'indiquer le résultat de ces curieuses expériences, résultats que quelques circonstances particulières ne nous ont pas permis de publier ; qu'il nous suffise de dire que la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, soit que cet air vînt du poumon, soit qu'il vînt de l'extérieur, ne nous parut pas être une circonstance bien dangereuse, pourvu toutefois qu'elle ne dépassât pas certaines limites, et qu'elle ne durât pas trop longtemps.

Je devais donc être moins timide lorsqu'il se serait agi de faire la ponction de la poitrine, même dans un cas de pleurésie aiguë, et pourtant, si grande est l'influence de l'opinion des autres sur la nôtre propre, que j'ai longtemps hésité à faire la paracentèse, qu'à coup sûr je n'hésiterais plus aujourd'hui à pratiquer, si des circonstances semblables se présentaient.

M. Louis, dont les paroles ont une juste autorité, a fait, ce me semble, trop bon marché de la pleurésie. Ce pathologiste recommandable a prétendu que la pleurésie aiguë simple n'était presque jamais mortelle, et que si l'inflammation de la plèvre semblait dans quelque cas être périlleuse, cela tenait moins à la maladie elle-même qu'à ses complications. Je ne sais si j'ai eu une chance spécialement défavorable, mais j'ai déjà vu périr trois femmes avec une pleurésie aiguë exempte de toutes complications, et l'autopsie a été faite, et j'ai la certitude, autant que la chose peut être, que la jeune personne sur laquelle j'ai fait la ponction dernièrement n'a eu, en définitive, qu'une pleurésie simple.

Comme ce sont les trois cas dont je parlais tout à l'heure, qui m'ont en quelque sorte forcé à faire une opération aussi insolite, je vais en donner l'histoire très sommaire.

En 1832, entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service que je faisais conjointement avec M. le professeur Récamier, une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte depuis cinq jours d'une pleurésie aiguë. L'oppression était extrême, la matité complète à gauche, le cœur était refoulé à droite, les côtes étaient écartées : une médication énergique fut instituée, la malade mourut le surlendemain de son entrée. A l'autopsie, nous trouvâmes la plèvre gauche distendue par une énorme quantité de sérosité limpide, dans laquelle nageaient quelques flocons fibrineux. Le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale, et tapissé, ainsi que la plèvre costale, de quelques fausses membranes légères.

Pas de tubercules ; aucune autre lésion appréciable.

Le 7 avril 1843, je recevais au n° 31 de la salle Sainte-Anne, de l'hôpital Necker, une femme âgée de quarante-deux ans, dont les extrémités inférieures, la vessie et le rectum étaient paralysés : la paralysie n'atteignait pas les extrémités supérieures, l'intelligence était nette. La paralysie avait été subite, elle était survenue à l'âge de trente-neuf ans. La malade, qui s'était couchée bien portante, se réveilla paralysée.

Depuis dix jours, il est survenu de la fièvre, de la douleur de côté, de l'oppression, de la toux. L'examen de la poitrine permet de constater une matité complète du côté droit : la matité existe même sous la clavicule. Egophonie, souffle bronchique, toux sèche. Une saignée que je fis faire amena quelque soulagement ; mais l'oppression était fort grande. Le lendemain l'orthopnée prit une extrême intensité, le pouls devint petit et misérable, et la mort survint sans agonie, douze jours après le début de la maladie.

Je ne dirai rien des lésions de l'appareil nerveux qui n'avaient rien d'aigu. Mais, dans la plèvre droite, on trouvait un énorme épanchement purement séreux ; le poumon était appliqué à la colonne vertébrale, ratatiné et recouvert de fausses membranes rugueuses et comme réticulées. Quelques flocons fibrineux nageaient dans la sérosité.

Vous avez dû, Messieurs, être frappés de l'extrême ressemblance de ces deux faits. Le premier ne m'avait suggéré aucune idée thérapeutique ; je croyais avoir usé de

tous les moyens que l'art mettait à ma disposition; mais, quand j'eus perdu la malade qui fait le sujet de la dernière observation, il me sembla que j'aurais dû faire la paracentèse, nonobstant l'extrême acuité de la pleurésie. Il était évident pour moi que la malade avait succombé, moins à la réaction inflammatoire qu'à l'étendue et à la soudaineté de l'épanchement qui avait agi par un obstacle tout mécanique. A ce sujet j'exprimai vivement mes regrets dans une leçon clinique que je fis, et j'annonçai la ferme détermination où j'étais, de donner issue à la sérosité, si un cas du même genre se présentait à mon observation. Par une fatalité singulière je ne tardai pas à trouver l'occasion que je craignais de rencontrer.

Un mois plus tard, c'est-à-dire le 8 mai 1843, une femme de trente ans, couturière, entrait dans mon service de nourrices et d'enfants, salle Sainte-Thérèse, n° 8. Elle était accouchée à la Maternité, le 19 avril précédent, en était sortie bien portante le 27, à cela près d'un peu de toux qui durait depuis quatre jours, et, le lendemain 28, elle tombait malade, peut-être à la suite de ces imprudences auxquelles s'exposent ces pauvres femmes, qui, au sortir des maisons d'accouchement où elles trouvaient des soins convenables, sont obligées, neuf ou dix jours après leur délivrance, de reprendre les travaux de leur ménage, et peut-être des occupations que leur état rend maintenant périlleuses.

Toujours est-il que, le 28, il y eut de la fièvre, un peu d'oppression, un peu plus de toux. Ces accidents allèrent en augmentant jusqu'au 8 mai qu'elle vint à l'hôpital avec son enfant.

Les lochies, quelques jours après le début de la fièvre, avaient cessé de couler, elles avaient bientôt reparu, et maintenant encore elles marchaient régulièrement. La sécrétion du lait était peu abondante.

Le 9 mai, à la visite, treizième jour de la maladie; oppression sans orthopnée, face un peu anxieuse, toux sèche, peu fréquente, expectoration aérée, peu abondante, ayant l'aspect de la salive.

Matité complète du côté gauche de la poitrine, jusque sous la clavicule; voussure considérable de la poitrine en avant à gauche, absence de bruit respiratoire; cependant on entend dans le lointain un murmure très faible, sans égophonie, sans retentissement de la voix ou du bruit expirateur.

Respiration puérile à droite, refoulement du cœur au delà de la ligne médiane.—Saignée de quatre palettes.—Bouillons; orge; boire très peu.

Le 10, rien n'est changé, même traitement; le sang de la veille est fortement couenneux.

Le 11, un peu d'amendement, un peu de son au dessous de la clavicule gauche.

Le 12, la matité a reparu; la fièvre est assez vive, un large vésicatoire le long de la colonne vertébrale.—3 grammes de nitrate de potasse.

Le 13, seizième jour de la maladie; même état, même traitement.

Le 14, idem.—Le 15, dix-huitième jour, fièvre plus vive, dyspnée beaucoup plus considérable; l'épanchement semble s'être accru.—Teinture de digitale.—Sirop scillitique.

Le 16, la face était pâle, anxieuse, la respiration courte, assez peu fréquente. Pouls petit, faible, peu fréquent; tendance à la lipothymie.

Le 17, l'aggravation était plus sensible encore. La malade était couchée sur le dos, sans oreillers et sans paraître très oppressée; cependant le visage était pâle, les yeux largement ouverts, l'anxiété extrême, la respiration faible, incomplète; le pouls misérable; mais l'intelligence était nette, il semblait que cette pauvre femme mourait étouffée par une puissance contre laquelle elle ne luttait plus. Le péril était imminent, et je me décidai à pratiquer la paracentèse; mais comme cette opération avait quelque chose d'insolite au vingtième jour d'une pleurésie; qu'elle était hautement condamnée par presque tous les médecins dans les épanchements aigus, et même dans les cas d'hydro-thorax; j'eus la faiblesse coupable de vouloir attendre que la mort fût plus imminente, afin d'éviter tout reproche d'imprudence, et je donnai l'ordre à l'interne de mon service, M. le docteur Bouchut, aux lumières et à l'habileté duquel je dois avoir toute confiance, de surveiller de près la malade, et de faire la ponction suivant le mode arrêté entre nous, si la vie paraissait près de s'éteindre. A sept heures du soir, M. Bouchut vit la malade pour la dernière fois, elle ne lui sembla pas être dans un plus mauvais état que le matin, et il crut pouvoir différer la paracentèse et s'absenter quelques instants. Une heure plus tard, la pauvre femme s'éteignit sans agonie, vingt jours après le début de sa pleurésie.

Je vous avoue, Messieurs, que je fus profondément affligé; je m'accusais de la mort

de cette malade, et pourtant, il est assez probable que si je l'eusse vue le soir, j'aurais, comme M. Bouchut, été rassuré par l'apparente quiétude de la respiration, et j'aurais cru pouvoir attendre jusqu'au lendemain matin.

L'autopsie nous fit voir le cœur complétement refoulé à droite. La plèvre gauche distendue par une énorme quantité de sérosité que nous évaluâmes à 4 litres au moins. Cette sérosité, limpide dans la partie supérieure, était séro-purulente dans la partie déclive, le poumon était ratatiné et aplati contre la colonne vertébrale; cependant, au sommet, il avait contracté une adhérence intime avec la plèvre costale, et, en ce point, il offrait une cicatrice au fond de laquelle se trouvait une matière crétacée sèche, reste probable d'un tubercule ramolli ou d'un abcès ancien. Nulle part ailleurs on ne trouvait de tubercules. Quelques fausses membranes sur la plèvre costale, sur la plèvre pulmonaire, les unes continues, assez larges et épaisses, les autres isolées, formant de petits ilots arrondis, mais molles et nullement tuberculeuses, et très évidemment de la même nature et du même âge que les autres.

N'êtes-vous pas frappés comme moi, Messieurs, de la nécessité de l'indication ? ne vous semble-t-il pas évident que la poitrine devait être ouverte, et que mieux valait mettre en œuvre une hasardeuse médication, que d'abandonner à une mort certaine, une femme jeune, vigoureuse, dont tous les organes étaient sains, et qui n'avait, en définitive, qu'un simple épanchement pleural, cause principale des accidents, et, suivant moi, cause unique de la mort, en ce sens que la phlegmasie, en tant que phlegmasie, ne devait pas être fatale ?

Ce triste événement m'affermit davantage dans l'idée de faire la paracentèse si jamais j'avais à traiter quelque malade placé dans les mêmes circonstances. Je devais tout récemment trouver cette occasion, pratiquer l'opération, et ma hardiesse, si l'on peut ainsi qualifier la satisfaction donnée à la plus pressante des indications, devait être couronnée du plus heureux succès.

Je fus appelé le vendredi 8 septembre 1843, auprès de Mlle M....., âgée de seize ans, et fille d'un de nos littérateurs les plus recommandables. J'étais depuis dix ans le médecin de la famille, et c'est à peine si j'avais été consulté une fois pour cette jeune personne dont la santé était bonne à cela près d'une grande irritabilité nerveuse.

Le dimanche 3 septembre, elle avait éprouvé de l'inappétence et de la fièvre. Le 5 elle se mit au lit et je ne la vis que le 8.

Beaucoup de pâleur, un peu de dyspnée, pas de toux ni d'expectoration, fièvre assez vive, soif. Pas d'accidents gastriques. En explorant la poitrine, je constatai un épanchement énorme dans la plèvre gauche, remontant jusqu'à la clavicule. Partout la matité était complète. Nulle part on n'entendait de bruit respiratoire, de souffle ou d'égophonie. Le cœur, déjeté à droite, occupait la ligne médiane.—Saignée de bras; calomel; boissons peu abondantes.

Le 9, septième jour de la maladie; aggravation des accidents; l'épanchement a augmenté, le cœur est déjeté davantage, l'oppression est plus forte que la veille. Pouls petit et fréquent; selles diarrhéiques nombreuses.—Deuxième saignée; calomel.

Le 10, huitième jour de la maladie; anxiété très grande, orthopnée, pouls petit, très fréquent, le cœur encore plus à droite, on le sent battre au dessous du sein droit; insomnie. —Troisième saignée; calomel; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 11, neuvième jour de la maladie; les accidents se sont beaucoup aggravés, peau froide, face pâle, tendance aux lipothymies, orthopnée, gémissements continuels. La jeune malade est tout à fait assise sur son lit, soutenue par des oreillers. — Large vésicatoire en arrière.

J'étais décidé à pratiquer la paracentèse, et comme l'indication était pressante, je ne voulus pas de consultation, craignant, d'une part, que l'appareil d'une réunion médicale n'épouvantât la malade, d'autre part que la lutte d'opinions qui ne manquerait pas de s'élever, ne donnât à la famille une indécision fatale. J'arrivai donc le mardi matin 12, à la fin du neuvième jour de la maladie, pourvu des instruments nécessaires et parfaitement déterminé à faire ce que mon devoir me commanderait, sans apparat, et comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple.

Je trouvai la jeune malade dans un état voisin de la mort, et je me reprochai de n'avoi pas fait, dès la veille au soir, ce que je ne pouvais différer maintenant.

Je procédai à l'opération de la manière suivante. La malade resta demi-assise comme elle se trouvait, et je ne voulus pas qu'elle s'agitât, de peur que le liquide ne fût troublé par les flocons fibrineux qui occupaient les parties déclives, ce qui fut devenu un obstacle à l'évacuation de la sérosité. La mère tint le bras gauche relevé, puis, à la hauteur de la neuvième côte gauche, à peu près sur une ligne descendant perpendiculairement du creux de l'aisselle, je fis à la peau, une petite incision avec la lancette, comme pour une saignée. Alors je tirai fortement la peau en haut de manière que l'incision correspondît au huitième espace intercostal. Les lèvres de ma petite plaie se trouvant béantes, j'y plongeai un trocart à hydrocèle, en suivant le bord supérieur de la côte que la pointe de mon instrument frôla un peu. Quand je fus bien sûr que j'étais dans l'espace intercostal et au dessus d'une côte, je poussai un peu plus fort et je donnai un petit coup sec. J'eus le sentiment d'une faible résistance vaincue.

Tout cela se faisait, comme on le pense bien, sans autre douleur que celle qui était résultée de la division de la peau avec la lancette.

Quand je retirai le dard de mon instrument, le liquide jaillit et s'écoula facilement, j'en retirai quatre grands verres seulement, c'est-à-dire à peu près 800 grammes, et j'eus soin de tenir l'extrémité de la canule plongée dans le liquide, afin que, s'il se faisait une aspiration, il ne fût aspiré que de la sérosité, procédé qui me paraît beaucoup plus simple que tous les instruments à soupape inventés par des chirurgiens d'ailleurs fort ingénieux.

J'ai dit que je retirai environ 800 grammes de sérosité : celle-ci était de belle couleur d'ambre, et d'ailleurs parfaitement transparente. Le lendemain matin elle avait conservé sa transparence ; mais on y apercevait une espèce de tissu lamelleux et mollasse formé évidemment par de la fibrine qui s'était condensée parle refroidissement.

Il m'eût été facile de retirer une plus grande quantité de liquide ; mais je ne le voulus pas ; satisfait d'avoir ôté ce qui, par son excès, rendait l'épanchement mortel, et d'avoir ainsi réduit la maladie à l'état de pleurésie simple, qui dès lors pouvait et devait guérir par les moyens ordinaires.

J'enlevai rapidement la canule et je lâchai la peau qui, revenant sur elle-même, ferma parfaitement l'ouverture intercostale.

Pendant tout le temps que le liquide s'était écoulé, j'avais comprimé énergiquement le ventre et le côté gauche de la poitrine.

L'opération terminée, la jeune malade sembla revenir à la vie. Elle respirait aisément, n'avait plus d'anxiété, et le pouls avait repris un peu d'ampleur.

J'explorai alors la poitrine ; le cœur s'était replacé sur la ligne médiane. Au sommet de la poitrine à gauche, il y avait un son légèrement tympanique, dû probablement à l'introduction de quelques bulles d'air qui s'était faite au commencement de l'opération.

La paracentèse avait été faite à 10 h. 1/2. Je revis la malade à 5 heures. Le pouls était large, ne battait plus que 116 fois par minute ; la peau chaude, l'expression du visage bonne. Je ne constatai plus de résonnance tympanique ; mais il y avait de l'égophonie, à partir de la troisième côte jusqu'à la hauteur de la clavicule, et on entendait un léger murmure respiratoire.

L'oppression était notablement moindre, le côté gauche de la poitrine, immobile depuis plusieurs jours, exécutait des mouvements respiratoires évidents.

Pendant la nuit qui suivit, il y eut six heures de sommeil.

Le lendemain matin, il y avait beaucoup d'agitation nerveuse ; mais la respiration était facile, la malade parlait avec volubilité et faisait d'assez longues phrases sans reprendre haleine ; le visage était calme, la peau peu chaude, le pouls à 112.

Deux jours après la ponction, il y eut, dans la nuit, onze heures de sommeil, l'épanchement avait très notablement diminué, le cœur revenait à gauche et dépassait déjà la ligne médiane : la partie antérieure de la poitrine résonnait un peu jusqu'au niveau de la quatrième côte.

Je passe rapidement. Sous l'influence de vésicatoires volants appliqués successivement sur la poitrine, de boissons diurétiques, et de la digitale, l'amélioration fit de rapides progrès, et le 28 septembre, seize jours après la paracentèse, le pouls était à 80, l'appétit était prononcé, les règles étaient revenues quoique moins abondamment que dans l'état normal.

L'appétit devint très vif, les forces se rétablirent lentement, et la résolution complète de l'épanchement s'est fait longtemps attendre.

Aujourd'hui le cœur a repris sa place ; mais il bat avec plus de violence que dans l'état naturel ; peut-être le péricarde n'a-t-il pas été tout à fait étranger à la phlegmasie de la plèvre.

Le côté gauche de la poitrine est rétréci; la respiration s'entend en avant du haut en bas; la résonnance dans toute cette partie est un peu plus faible qu'elle ne devait l'être avant la maladie. En arrière le son est obscur du haut en bas, on entend un bruit respiratoire faible, sans égophonie, sans retentissement de la voix : probablement d'épaisses fausses membranes s'organisent en ce point.

J'ignore ce que le sort réserve à cette jeune malade, mais rien n'annonce, chez elle, une diathèse tuberculeuse, les parents ont une bonne santé. Tout me fait espérer que la poitrine ne sera pas prochainement le siége d'une maladie organique.

Toujours est-il que la pleurésie aiguë pour laquelle la ponction a été faite est actuellement guérie; et, dans le cas même où il surviendrait ultérieurement une phthisie pulmonaire, ce qui ne me semble nullement probable, ce ne saurait être un argument contre la paracentèse pratiquée dans la période externe de la pleurésie.

Il y a, Messieurs, au sujet de l'hydro-thorax, une confusion déplorable, parmi les auteurs; et il est vivement à regretter que, dans un travail d'ailleurs très remarquable, MM. Monneret et Fleury aient encore contribué à augmenter cette confusion. Je comprends que, avant l'ère médicale de l'auscultation, et lorsque Laennec n'avait pas encore popularisé l'exploration de la poitrine; je conçois, dis-je, que tous les grands épanchements séreux de la poitrine fussent considérés comme des hydropisies proprement dites; mais aujourd'hui, il n'est aucun médecin qui, pourvu de quelque attention, ne reconnaisse une pleurésie, n'en suive aisément l'évolution, et ne voie se former, en quelque sorte sous ses yeux, ces vastes collections séreuses, qu'il faut, ce me semble, distinguer de l'*hydro-thorax* aussi soigneusement qu'il convient de distinguer l'épanchement inflammatoire du péritoine de celui qui reconnaît pour cause un obstacle au cours du sang de la veine-porte, et qui, à bon droit, retient le nom d'*hydropisie ascite.*

Je ne veux pas nier absolument l'existence de l'élément irritatif dans un certain nombre d'épanchements vulgairement désignés sous la dénomination générique d'hydropisie; mais cet élément est si peu prononcé, il a eu une existence si difficile à constater, une durée si limitée, les produits de l'exhalation sont si semblables à ceux des leucophlegmasies passives, que, en bonne pathologie, il convient jusqu'à nouvel ordre de séparer des épanchements inflammatoires ceux qui semblent ne pas reconnaître la même cause.

Cette distinction bien établie, il va devenir évident et très évident pour vous, que les nombreuses paracentèses que l'histoire de la médecine a enregistrées, ont été faites presque toutes, ou pour des empyèmes, c'est-à-dire pour des collections purulentes ou séro-purulentes, bien et dûment inflammatoires, comme personne n'en doute, c'est-à-dire dans des cas de pleurésie chronique; ou pour des épanchements aigus et chroniques, fébriles le plus souvent, du moins durant la première période de la maladie, et décorés du nom d'hydro-thorax aigu et chronique, ou tout simplement d'hydro-thorax, lorsque, dans l'état actuel de la science, de pareils épanchements ne peuvent et ne doivent être mis que sur le compte de l'inflammation des plèvres; ce qui avait été été parfaitement indiqué par M. Sédillot; ce que MM. Monneret et Fleury reconnaissent de la manière la plus explicite, lorsqu'ils disent et répètent que « l'inflammation soit aiguë, soit chronique de la plèvre, est, dans une forte proportion, la cause la plus fréquente de l'hydro-thorax. »

Le relevé que ces messieurs ont donné est encore une preuve de plus en faveur de ce que j'avance: ils ont recueilli soixante-six faits de paracentèse thoracique pratiquée par divers médecins. Sur ce nombre cinquante-six sont dûs évidemment à l'inflammation des plèvres, ils sont purulents ou séro-purulents. Huit épanchements sont indiqués comme résultant de la suppression d'un exanthème, et considérés comme essentiels. Or il est difficile d'admettre des épanchements thoraciques essentiels, à la suite d'une maladie éruptive, qui ne soient la conséquence d'une pleurésie, et nous savons tous, en effet, combien sont communes les inflammations de l'appareil respiratoire à la suite des rougeoles, des varioles, etc., etc. Il convient donc d'ajouter ces huit

faits aux cinquante-six autres, et l'on a, sur soixante-six opérations, soixante-quatre cas de pleurésie. Restent deux cas d'hydro-thorax symptomatique d'une maladie du cœur, et ces deux faits appartiennent évidemment à une véritable *hydropisie*, dans l'acception rigoureuse du mot.

Je tiens beaucoup, Messieurs, a établir ces résultats, afin de faire disparaître une logomachie déplorable. Il en résulte que, dorénavant, il conviendra de dire que, presque jamais la paracentèse ne se fait pour une hydropisie de poitrine proprement dite, mais bien seulement dans le cas de pleurésie avec épanchement excessif; et que, dans la science, il n'existe que bien peu de cas de paracentèse pratiquée pour une hydropisie, et que ces cas ont été suivis de mort.

Je ne veux pas affirmer que le relevé publié par MM. Monneret et Fleury soit exact en ce sens qu'il forme une énumération complète; mais il est suffisant aux yeux de tout homme raisonnable. Sur soixante-six paracentèses, il y a eu quarante-neuf guérisons authentiques. Certes, les cas d'insuccès n'ont pas été notés avec autant de soin que les succès; mais, admettant même que la paracentèse ait été faite deux cents fois, et que, sur ce nombre, on n'ait obtenu que cinquante guérisons, ce serait encore un résultat immense, et puis, il faut aussi tenir compte des faits de guérison que ces messieurs n'ont pas connus. Pour moi j'en connais deux qui auraient pu être cités par les auteurs dont je viens de parler, s'ils avaient été publiés; l'un appartient à M. Bernardin, praticien très recommandable de Paris; l'opération pratiquée sur un enfant de huit ans a parfaitement réussi, et j'ai vu le petit malade: il s'agissait d'un empyème du pus; l'autre m'est personnel, il s'agissait aussi d'un empyème de pus, et le malade a guéri après la paracentèse. Je ne doute pas que bien des praticiens ne possèdent un fait de ce genre et ne puissent grossir ainsi le nombre de ceux qui ont été rassemblés par MM. Sédillot, Monneret et Fleury.

On a adressé aux faits que l'on trouve épars dans les auteurs, une objection, qui pouvait avoir cours, il y a quelques années, lorsque, sous prétexte d'exactitude philosophique, il s'était introduit l'usage de ne compter comme faits scientifiques, que ces fastidieuses observations, où l'on ne faisait grâce au lecteur ni d'un pot de tisane ni d'une pulsation. Cette façon de faire de la science est heureusement passée de mode, et c'est un grand bonheur, puisque les travaux des observateurs pouront être lus; ce qui était devenu tout à fait impossible. Lorsqu'il s'agit d'un fait exceptionnel, singulier, d'un procédé opératoire nouveau, les détails les plus minutieux ne sont pas de trop; j'ajoute que, lorsqu'on recueille une observation, il est convenable de le faire avec toute la minutie possible; ce travail est une affaire personnelle; mais, à moins d'urgente nécessité, il faut en faire grâce aux autres et ne donner, dans un fait, que ce qui a trait au point scientifique que l'on veut établir. MM. Monneret et Fleury, ont eu mille fois raison d'insister sur cela dans leur monographie sur l'hydro-thorax. Si vous lisez dans un auteur recommandable ces quatre lignes. « Un homme prit un point de côté avec fièvre et toux sèche, le côté malade devint mat, et je reconnus une pleurésie; malgré les saignées, les ventouses, les vésicatoires, l'épanchement fit des progrès; l'oppression devint extrême, la vie était dans un péril imminent. Je fis la paracentèse, et le malade éprouva un notable soulagement, puis il guérit. » Ces quatre lignes suffisent parfaitement pour établir le fait scientifique, savoir l'utilité de la paracentèse dans le cas de pleurésie. De plus amples détails seraient sans doute convenables; mais, en somme, il serait ridicule de rejeter, comme non avenue, une observation de ce genre.

Je reviens, Messieurs, à ce que je disais plus haut, l'ouverture de la poitrine, dans le cas de pleurésie, a été faite souvent, et souvent avec succès; il convient donc d'y revenir *toutes les fois que la quantité de l'épanchement est menaçante pour la vie, et que toute autre voie de salut est fermée au malade*. Le fait que j'ai rapporté tout à l'heure n'a donc rien d'insolite, et une opération que quelques personnes auraient pu regarder comme téméraire se trouve justifiée par de nombreux exemples et surtout par de nombreux succès.

Il y a eu pourtant quelque chose d'insolite en apparence, en ce sens que la ponction a été faite au neuvième jour d'une pleurésie aiguë, et que la plupart des opérations de ce genre ont été pratiquées dans la période chronique de la pleurésie ; mais, en parcourant les faits rapportés par les auteurs, on reste convaincu que, sous le nom d'hydrothorax aigu, on a voulu parler d'épanchements pleurétiques récents.

En présence des faits nombreux que j'ai indiqués et que l'on trouve épars dans les auteurs, en présence de ceux que j'ai rapportés, il semble, en vérité, qu'il ne soit guères permis d'agiter la question de la paracentèse du thorax dans le cas d'épanchements excessifs. Cette question n'est-elle pas toute résolue pour un homme impartial, pour un homme sensé? Elle se pose en effet dans les termes suivants : *La paracentèse doit-elle être faite, lorsque l'épanchement inflammatoire est en quantité telle que la mort doive arriver nécessairement et prochainement?* Comment ne pas répondre affirmativement?

On objecte que l'opération n'est que palliative, attendu que, dans la presque totalité des épanchements de ce genre, il y a des tubercules.

La première partie de l'objection est un non sens, puisque, pour y répondre, il suffit de montrer les gens qui sont guéris et dont la maladie par conséquent a été mieux que palliée. Et, dans le cas même où il ne s'agirait que de pallier, de quel droit un médecin, pénétré de la sainteté de ses devoirs, se refuserait-il à retarder la mort quand elle est imminente?

La seconde partie de l'objection repose sur un fait matériellement vrai, mais singulièrement interprété. On dit que la presque totalité des épanchements chroniques séreux ou séro-purulents qui se forment dans la plèvre, reconnaissent pour cause une affection tuberculeuse, contre laquelle la médecine est impuissante. Cela est vrai, nous le reconnaissons tous; mais admettons que l'exception ait lieu une fois sur vingt; admettons encore, ce dont on ne disconviendra pas, que les signes de la phthisie pulmonaire soient assez clairs en général pour ne tromper aujourd'hui que peu de médecins, il en résultera que nous pourrons ordinairement distinguer l'épanchement inflammatoire de l'épanchement tuberculeux, et que nous pourrons, répudiant la fatalité stérile de la statistique, rester inactifs quand nous n'aurons rien de bon à faire ou à attendre; agir au contraire avec énergie quand le diagnostic nous invitera à une médication si innocente et si souvent suivie d'un heureux résultat. Et puis, la preuve que les épanchements chroniques des plèvres sont moins souvent qu'on ne le dit de cause tuberculeuse, c'est que, en somme, après l'opération de la paracentèse, il y a eu de nombreuses guérisons, ce qui à coup sûr ne fut pas arrivé, si la diathèse tuberculeuse eût été la cause productrice des accidents.

Je tiens d'ailleurs, Messieurs, en m'aidant de la statistique, et de la statistique que l'école numérique ne recusera pas, je tiens, dis-je, à prouver, que, par cela même qu'il existe dans la plèvre un épanchement énorme qui occupe tout le sac pleural, et qui menace la vie par sa quantité même, (condition réclamée pour la paracentèse) on doit plutôt croire à une pleurésie simple qu'à une pleurésie tuberculeuse. Voici pourquoi:

Les beaux travaux de M. Louis sur la phthisie, et ceux qui ont été publiés avant et après cet écrivain recommandable, ont établi d'une manière incontestable l'extrême fréquence des adhérences du poumon avec la plèvre pulmonaire, non pas seulement chez ceux qui succombaient à la phthisie tuberculeuse, mais encore chez ceux qui, avec quelques tubercules pulmonaires, mouraient de maladies étrangères au poumon. Je me demande alors comment, dans une plèvre, où existent de nombreuses adhérences, il se pourra former un épanchement de la nature de ceux pour lesquels l'opération de la paracentèse est impérieusement réclamée? Et tandis que, suivant la juste observation de Stoll, la pleurésie latente est bien souvent le prélude d'une phthisie, tandis que la pleurésie chronique qu'elle soit latente ou franchement accusée, doit en général inspirer de sérieuses inquiétudes; l'épanchement qui se forme subitement, ou bien celui qui acquiert lentement un développement capable d'amener l'asphyxie, ne doivent pas en général être imputés à la diathèse tuberculeuse.

Ce que je viens de dire, Messieurs, explique une apparente contradiction dans les faits. La pleurésie chronique est très souvent mortelle, l'épanchement pleurétique capable de constituer ce qu'on appelait l'hydro-thorax l'est moins souvent que la pleurésie chronique. C'est que celle-ci est presque toujours tuberculeuse et que l'hydro-thorax l'est moins souvent.

Il me resterait, maintenant, Messieurs, à vous entretenir de l'opération en elle-même, mais je ne suis guères compétent dans une question chirurgicale, et je laisserai à de plus habiles le soin de décider le meilleur mode à suivre. Pour moi, je me déclare partisan de la ponction répétée, ou mieux de l'évacuation successive et en plusieurs jours du liquide épanché, pour des raisons que tout le monde a dites; et ensuite pour des raisons qui me sont personnelles, car j'ai guéri un empyème après avoir, pendant deux mois, donné, tous les jours, issue à une petite quantité du liquide purulent contenu dans la plèvre ; et j'ai peut-être dû le salut de la jeune malade dont je vous ai entretenu aujourd'hui, à la précaution que j'ai prise de n'évacuer à la fois que le tiers ou le quart du liquide épanché, m'étant réservé d'y revenir si la chose eût été nécessaire, et heureusement elle ne l'a pas été.

Études cliniques sur les maladies des vieillards; *par* J.-M.-S. Beau, *médecin du Bureau central.* (2e article.)

On reconnaît que le catarrhe, quand il est passé à l'état chronique, peut, comme la turberculisation pulmonaire, amener la consomption et la mort. On pense, en un mot, qu'il y a une *phthisie* catarrhale, comme il y a une *phthisie* tuberculeuse.

On trouve dans la *clinique* de M. Andral une observation de phthisie catarrhale (t. I, p. 176. 1829); elle est intitulée : *Bronchite chronique, simulant une phthisie pulmonaire.* Le sujet de cette observation est un jeune homme, qui était tourmenté d'une toux habituelle, qui expectorait des crachats formés par des plaques verdâtres, surnageant à une abondante sérosité ; l'auscultation faisait entendre du râle muqueux en divers points du thorax ; il n'y avait aucune apparence de pectoriloquie ; la poitrine percutée résonnait également bien partout ; le pouls s'accélérait vers le soir ; il y avait de la sueur pendant la nuit. Le marasme fit des progrès rapides, il survint du dévoiement et le malade succomba. A l'autopsie, le parenchyme pulmonaire fut trouvé sain; la muqueuse de l'arbre laryngo-bronchique présenta partout une grande pâleur, sans autre altération appréciable. M. Andral conclut justement de ce fait, qu'il est impossible de distinguer une simple bronchite d'une phthisie tuberculeuse, tant qu'on n'a pas constaté l'existence des cavernes à l'aide de l'auscultation ou de la percussion ; il en conclut aussi que l'état anatomique des bronches n'est pas nécessairement en rapport avec la gravité de leurs altérations fonctionnelles.

La phthisie catarrhale, telle que nous venons d'en rapporter un exemple frappant, est une maladie rare dans la jeunesse. En effet, toutes les fois qu'à cet âge un individu présente, depuis un certain temps, de la consomption, de la fièvre le soir, de la toux et des crachats puriformes, on a les chances les plus certaines de constater les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire.

Il n'en est plus de même dans la vieillesse ; à cette époque de la vie, la phthisie catarrhale est plus commune que la phthisie tuberculeuse.

Depuis que je suis à la Salpêtrière, j'ai eu dans mon service neuf cas de phthisie tuberculeuse et quinze de phthisie catarrhale confirmée. Par conséquent, si chez un vieillard on rencontre du dépérissement, de la toux, une expectoration de crachats puriformes, etc., on a plus de chances d'avoir affaire à un catarrhe qu'à une tuberculisation ; et ces chances sont d'autant plus fortes que l'individu est plus âgé.

Dans ces cas de phthisie catarrhale, le catarrhe n'affecte pas nécessairement toute l'étendue de l'arbre laryngo-bronchique. Le plus souvent il occupe le tiers inférieur de

l'arbre; quelquefois il siége au tiers moyen ou à la trachée; je ne l'ai jamais vu encore affecter le larynx.

Quand un vieillard est atteint d'une phthisie catarrhale il a la face pâle, terreuse, amaigrie ou un peu bouffie; la toux est fréquente, souvent quinteuse; il y a expectoration de crachats tout à fait semblables à ceux de la phthisie tuberculeuse; la fièvre est très légère, quelquefois nulle même le soir; la peau conserve à peu près son état naturel; la soif est médiocre.

Il y a dans cette affection un symptôme qu'il importe de mettre en relief, c'est la faiblesse ou la nullité de l'appétit. Ce symptôme me paraît contribuer autant et plus à la consomption du malade, que la sécrétion muco-purulente de la muqueuse de l'arbre bronchique; et je crois même que cette sécrétion morbide résulte de l'anorexie qui la provoque et l'entretient; j'en donnerai les raisons plus loin.

La dyspnée varie suivant le siége du catarrhe, ainsi que nous l'avons déjà établi pour le catarrhe simple. Elle est nulle quand c'est la trachée qui est affectée; et dans ce cas on n'entend rien d'anormal à l'auscultation. Si la sécrétion muco-purulente occupe le tiers inférieur de l'arbre, c'est-à-dire les bronches et leurs rameaux, il y a une dyspnée variable suivant le nombre des rameaux obstrués, ce qui s'apprécie facilement par le nombre des râles. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, la dyspnée est moindre dans le catarrhe bronchique accompagné de consomption, que dans le catarrhe simple. Cela tient à ce que la proportion notable de pus qui se trouve dans la matière bronchique, la rend assez liquide pour qu'elle puisse être déplacée sous forme de bulle, par le passage de l'air. Aussi les râles bullaires (muqueux, sous-crépitant, etc.,) sont-ils prédominants dans la phthisie catarrhale; tandis que dans le catarrhe simple, le mucus très visqueux fait l'office d'obstacle immobile au passage de l'air, et détermine une dyspnée proportionnelle au nombre des râles vibrants (sibilants, sonores, etc.).

La présence d'une proportion notable de pus dans la matière muqueuse expectorée, ne prouve pas nécessairement que l'individu qui rend cette matière est affecté de phthisie catarrhale; car on sait que beaucoup de personnes, au début d'un simple rhume, expectorent des crachats d'une nature évidemment muco-purulente. Il faut, pour qu'il y ait phthisie, que le dépérissement, l'anorexie, etc., s'ajoutent à une expectoration continue de matières muco-purulentes; ces matières sont jointes le plus ordinairement à une quantité variable de liquide pituiteux, tellement, que le crachoir des malades affectés de phthisie catarrhale ressemble, à s'y méprendre, à celui des individus atteints de tubercules pulmonaires. Nous indiquerons plus loin les différences et les analogies qui existent dans les phthisies catarrhale et tuberculeuse des vieillards.

Quand la phthisie catarrhale est abandonnée à elle-même, ou qu'elle est simplement traitée par les boissons mucilagineuses, elle tend progressivement à une terminaison funeste. L'appétit se perd entièrement; la quantité et la purulence des matières expectorées augmentent; la faiblesse devient excessive, et l'individu finit par s'éteindre dans le marasme.

Voici le traitement qui m'a réussi dans cette maladie. Je commence par administrer un émétique que je donne soit pour produire des évacuations saburrales, soit pour réveiller les fibres et les fonctions de l'estomac. Je soumets ensuite le malade à l'usage continu de la décoction de polygala, de l'infusion amère de lichen, etc. J'ajoute à cela les pilules balsamiques de Morton, le vin de Bordeaux ou de Bagnols, des loochs avec le sirop de tolu etc... Comme on le voit, je cherche à remplir la double indication de rétablir les puissances digestives, et de tonifier l'organe pulmonaire.

En général, peu de jours après l'emploi de ce traitement, le malade mange avec plaisir et en plus grande abondance; sa face est moins terreuse, elle s'anime et paraît plus gaie. En même temps la proportion du pus diminue dans les matières expectorées; la toux est moins quinteuse; il y a moins de matière pituiteuse dans les crachoirs, et les crachats muqueux réduits à l'état opalin non purulent, diminuent aussi de quantité. Là s'arrête la guérison, car je n'ai pas encore été assez heureux pour dissiper complète-

ment le catarrhe ; il faut donc seulement chercher à le modifier et à le ramener à son état de simplicité habituelle. Or, on obtient à coup sûr ce résultat, quand l'appétit est revenu et que la digestion est rétablie. Le retour de l'appétit est le premier amendement qui marque l'efficacité du traitement et qui précède la diminution et la disparition des autres symptômes. C'est pour cela que je regarde la dyspepsie comme jouant un rôle capital dans cette maladie. Les bornes de ce travail m'empêchent d'exposer tous les faits sur lesquels il s'appuie ; je me contenterai de donner dans ses principaux détails l'observation suivante qui a été recueillie par M. de Crozant, interne du service.

La nommée Leblanc, âgée de 80 ans, est entrée à l'infirmerie le 26 avril 1845, salle Saint-Jean, n° 6.

Cette malade, malgré son grand âge, est encore forte et bien conservée. Cependant elle a beaucoup changé et beaucoup maigri depuis quatre mois, époque à laquelle a commencé la maladie qui l'amène à l'infirmerie. Jusqu'alors elle n'avait d'autre indisposition qu'un catarrhe avec dyspnée, qui revenait tous les hivers depuis l'âge de 55 ans ; pendant l'été elle ne toussait pas et n'étouffait jamais. Malgré cette dyspnée et ce catarrhe intermittents, son appétit était bon et son embonpoint satisfaisant. Elle n'a jamais craché de sang.

Depuis quatre mois son appétit a diminué considérablement ; elle a un goût désagréable dans la bouche, qui fait qu'elle ne prend que du fromage et du café. Elle n'a jamais eu de nausées, ni de vomissement ; la soif n'a jamais été notable. Sentiment de fatigue et de malaise qui est allé toujours en augmentant. La face a pâli et jauni, et en même temps l'embonpoint a diminué de plus en plus. Les selles ont été difficiles ; il n'y a jamais eu de dévoiement.

Son catarrhe habituel de chaque hiver, qu'elle avait au moment où son appétit a diminué pour la première fois, a changé un peu de caractère. La toux est moins quinteuse, moins difficile depuis cette époque ; la dyspnée jointe au catarrhe est bien moins intense qu'auparavant.

Le jour de son entrée à l'infirmerie on constate une sonorité parfaite dans les deux côtés du thorax, et quelques râles bullaires (sous-crépitants, muqueux), dans différents points du thorax, surtout à la partie postérieure. La dyspnée est très peu marquée, la toux facile, les crachats sont abondants, épais, contiennent une forte proportion de pus, et ressemblent à ceux qui sont fournis par des cavernes suppurées. Langue blanche, un peu poisseuse, amertume extrême de la bouche. Depuis cinq jours elle n'a pris aucune nourriture ; soif assez vive. Chaleur et frissonnements erratiques, surtout le soir. Il n'y a pas de fièvre, sommeil léger, presque nul. (Eau de gomme, avec le sirop de gomme, tartre stibié 0,10 dans un pot de sérum. Diète.)

27. Il n'y a pas eu de vomissements. Le tartre stibié n'a déterminé que trois selles assez abondantes. Persistance de l'anorexie et de l'amertume de la bouche. Soif, même état des crachats. (Gom. ipecac. 1 gramme.)

28. Il y a eu quatre vomissements de bile pure. La malade a bien dormi cette nuit. Elle se trouve mieux. La bouche est moins amère. Commencement d'appétit. (Polygala miellé, vin de Bagnols. Looch, sirop de tolu ; 2 potages.)

30. L'appétit augmente ; la malade mange une portion. On ajoute à la prescription précédente une pilule d'aloës pour faciliter les selles. Les crachats sont moins purulents, il y a une amélioration lente mais progressive jusqu'au 15 mai.

Elle se plaint alors de nouveau de dégoût pour la nourriture, d'amertume de la bouche, et de malaise. La gaîté qui était revenue n'existe plus. (Ipécac. 1 gramme, ajouté à la prescription précédente.)

16. L'ipécacuanha a déterminé deux vomissements bilieux. Il y a moins de malaise, moins d'amertume de la bouche, mais l'appétit ne reparaît pas. On continue le traitement ordinaire. (Polygala miellé, looch, sirop de tolu, pil. d'aloës, vin de Bagnols.)

18. La malade se plaint de nouveau d'un goût détestable dans la bouche. L'appétit est nul. Les crachats sont plus abondants et purulents que jamais. Il y a un peu de fièvre le soir. Les nuits se passent sans sommeil.

Ces différents symptômes vont lentement en augmentant. La tristesse est profonde, l'amaigrissement considérable. La peau n'est ni sèche, ni moite. Le thorax, examiné plusieurs fois, donne les mêmes signes physiques que le jour de l'entrée de la malade à l'infirmerie. L'affaiblissement augmente de plus en plus, et la malade s'éteint le 18 juillet dans toute la plénitude de son intelligence.

L'autopsie, faite le 20 juillet, nous montre des poumons parfaitement sains; leur sommet ne présente pas même ces cicatrices, ces traces de tuberculisation qui se remarquent en règle générale chez tous les sujets. La muqueuse laryngo-bronchique est normale sous le rapport de la texture et de la coloration. Il y a seulement çà et là quelques parcelles d'un mucus semblable à celui qui était expectoré. Les autres viscères ne présentent rien de particulier.

Notons en premier lieu le rôle que l'anorexie a joué dans cette maladie. C'est elle qui a signalé d'abord le début du malaise et du dépérissement. Ayant été momentanément dissipé à la suite de la première administration de l'ipécacuanha, les forces sont revenues et l'expectoration a changé de nature, mais les symptômes ont reparu dans toute leur intensité, quand l'appétit a été de nouveau prostré, et que la nutrition a été entravée.

J'ai perdu deux autres femmes de la même maladie, et la muqueuse bronchique a toujours offert la même absence d'altérations. N'oublions pas que ce fait négatif a été noté par M. Andral, dans l'observation que nous lui avons empruntée. Il ne faut donc pas considérer la phthisie catarrhale, comme la phthisie tuberculeuse pulmonaire et la phthisie laryngée qui se lient l'une et l'autre à une lésion de texture du poumon et du larynx; l'affection des bronches, qui constitue la phthisie catarrhale, réside dans une altération fonctionnelle de l'arbre bronchique. C'est pour cela que la dénomination de *phthisie catarrhale* me paraît mieux convenir à cette maladie que celle de *phthisie bronchique*.

Des trois femmes que j'ai perdues (sur douze que j'ai traitées), deux seulement avaient subi le traitement que j'emploie ordinairement dans la phthisie catarrhale. L'autre mourut le lendemain du jour où je pris pour la première fois le service de la Salpêtrière. Elle passait dans la salle pour être atteinte de phthisie tuberculeuse, et elle était soumise à l'usage des boissons mucilagineuses. Ce fait fut le premier qui me frappa, et qui fixa mon attention. Sur deux autres femmes atteintes, depuis deux mois, d'une affection semblable, et très affaiblies; leur état s'amenda rapidement à la suite du changement que j'introduisis dans leur traitement. L'appétit revint, les crachats perdirent leur caractère purulent, les forces reparurent et la guérison fut assurée au bout de six semaines.

La phthisie tuberculeuse est, comme on le sait, beaucoup moins commune dans la vieillesse, que dans l'âge adulte et la jeunesse. Il s'en est présenté neuf cas dans le service, dont trois avec autopsie. Voici les différences qui existent entre la phthisie tuberculeuse des vieillards et celle des adultes.

La phthisie tuberculeuse des vieillards affecte ordinairement une marche très chronique. Je n'ai observé un état de fièvre continue que chez les trois malades qui ont succombé; chez les six autres, il y avait ou un mouvement fébrile qui se montrait le soir, ou une absence complète de fièvre.

Chez aucune des neuf phthisiques, il n'y a eu des sueurs nocturnes ou de la diarrhée.

Chez aucune d'elles, il n'y a eu de symptômes du côté du larynx, tels que raucité de la voix, aphonie, douleur au larynx, etc.

Chez toutes les malades, l'altération tuberculeuse était bornée à une portion peu étendue du sommet du poumon, et chez toutes, excepté une, cette altération occupait un seul poumon.

Dans les trois nécroscopies que nous avons faites, la lésion pulmonaire consistait en une ou deux grandes cavernes suppurées, placées dans le sommet d'un des poumons; le larynx et l'intestin étaient exempts d'ulcérations.

Comme on le voit, lorsque les vieillards meurent phthisiques, la lésion tuberculeuse est limitée à un espace très circonscrit, et la mort résulte alors bien plus de l'abondance de la suppuration, que d'une asphyxie lente produite par la grande quantité de substance pulmonaire envahie. Si l'on rapproche de ce fait la rareté des cas où s'observent les symptômes de la tuberculisation pulmonaire, on doit en conclure que la diathèse tuberculeuse existe à peine dans la vieillesse. Voici maintenant les différences et les analo-

gies que l'on trouve chez les vieillards, entre la phthisie tuberculeuse et la phthisie catarrhale.

Dans les deux maladies, il y a une ressemblance parfaite sous le rapport de la pâleur et de l'altération de la face, du dépérissement, de la toux, des matières expectorées, et de la dyspepsie. Dans la phthisie catarrhale, il y a rarement de la fièvre, et quand il y en a, elle est très légère. Dans la phthisie tuberculeuse, la fièvre existe le plus souvent, continue ou intermittente; quand elle est intermittente, elle est caractérisée par des frissonnements, du froid et de la chaleur qui ne se terminent jamais par une sueur notable. La dyspnée est presque nulle dans la phthisie tuberculeuse, quand celle-ci n'est pas compliquée de catarrhe ; elle est souvent très marquée dans la phthisie catarrhale, quand le catarrhe est fixé sur les bronches et leurs divisions, et qu'il en occupe la presque totalité. Mais les différences vraiment caractéristiques de ces deux maladies se tirent de leurs signes physiques, Ainsi, la sonorité du thorax n'est nullement altérée dans aucun point du thorax, si l'on a affaire à une phthisie catarrhale, tandis que s'il s'agit d'une phthisie tuberculeuse, il y a une matité circonscrite à l'endroit affecté. Dans la phthisie tuberculeuse, l'endroit où existe la matité est le siége des bruits propres aux excavations tuberculeuses. Dans la phthisie catarrhale, on ne perçoit aucun bruit si le flux catarrhal vient de la trachée; s'il est fixé sur les rameaux bronchiques, on trouve le plus souvent des râles bullaires (sous-crépitants, muqueux, etc.), quelquefois des râles vibrants (sibilants, sonores, etc.), avec diminution ou suppression du murmure vésiculaire; ces râles se produisent dans les deux côtés du thorax, et ne sont pas limités à un point fixe comme les bruits fournis par les cavernes grandes ou petites.

Les poumons des vieillards présentent si habituellement des cicatrices de tuberculisation que je dois m'arrêter quelque peu sur la question de la curabilité des tubercules.

La guérison des tubercules ou *ulcères* du poumon, a été admise assez positivement par quelques anciens observateurs. Dans ces derniers temps elle a été de nouveau soutenue et démontrée par Laennec, puis par MM. Andral, Prus, Rogée (*Archives*, juin 1839) et Boudet (*Recherches sur la guérison spontanée de la phthisie*, Paris, Labé, 1843).

Depuis que je suis à la Salpêtrière, j'ai examiné avec une attention toute particulière les poumons de toutes les femmes mortes dans mon service, et je ne faisais en cela que suivre des recherches que j'avais déjà commencées au mois d'avril 1839, à l'hôpital de la Charité, quand j'étais chef de clinique de M. le professeur Fouquier. J'ai constaté, tant à la Charité qu'à la Salpêtrière, toutes les variétés que présente la cicatrisation de l'altération tuberculeuse du poumon, depuis les cavernes spacieuses, vides ou pleines de matière tuberculeuse transformée, jusqu'à ces légères inégalités de la superficie du poumon que M. Rogée appelle *indurations chroniques superficielles*.

Je viens d'insinuer, en termes assez clairs, que je regarde *ces indurations chroniques superficielles* comme des cicatrices tuberculeuses, et je ne fais en cela que suivre l'opinion de Laennec. Rogée n'accepte pas ces *indurations* comme cicatrices des tubercules, parce qu'elles sont très peu étendues, et qu'elles ne réunissent pas les caractères des véritables cicatrices qui sont toujours reconnaissables à une intersection fibro-cartilagineuse ou celluleuse d'une certaine étendue, dans laquelle des bronches d'un calibre notable s'abouchent et y sont brusquement coupées. Cela prouve tout simplement que Rogée admet la cicatrisation des grandes excavations, et qu'il ne veut pas celle des petites. Cependant il semble tout naturel que si la nature fait des frais suffisants de guérison pour des cavernes spacieuses, on ne peut lui refuser la puissance de cicatriser les excavations qui logeraient à peine une noisette ou un pois. En effet, supposons un individu qui vient à être affecté dans le sommet du poumon d'un tubercule très petit, et supposons que la diathèse tuberculeuse s'arrête là ; supposons encore que ce tubercule, après s'être ramolli, soit éliminé par un rameau bronchique très étroit; au bout d'un temps plus ou moins long, les parois de la petite excavation reviendront sur elle-même, elles pourront même adhérer ensemble, et il ne restera, de cette lésion tuberculeuse, qu'une petite induration superficielle, avec imperméabilité de son tissu à l'air et avec épaississement

léger de la plèvre. Il n'y aura pas de bronche notable brusquement abouchée dans la cicatrice, comme le veut Rogée, parce que la bronche par qui s'est faite l'élimination de la matière tuberculeuse, est elle-même en rapport avec la petitesse de l'excavation, c'est-à-dire qu'elle est presque capillaire. Il n'y a pas d'adhérence des deux plèvres vis-à-vis *l'induration* parce que le travail de cicatrisation n'a pas été assez considérable pour s'étendre jusqu'à la plèvre pariétale. En un mot l'excavation tuberculeuse a été tout à fait minime; dès lors la cicatrice doit l'être également, et l'on ne peut plus trouver ici ces grands caractères de cicatrisations qui ne s'observent que quand l'excavation a été considérable.

Mais, dit Rogée, rien ne prouve que le tubercule soit la cause de ces indurations: toute lésion ou inflammation du poumon peut les avoir produites. Je réponds à cela, qu'en raisonnant par exclusion, on arrive à démontrer que le tubercule est la cause de ces indurations; or, l'argumentation par exclusion, qui fait règle en géométrie, doit avoir aussi sa valeur en pathologie. Si le tubercule n'est pas la cause de ces indurations, à quoi faudra-t-il les rapporter? A une pleurésie circonscrite? La pleurésie n'altère jamais ainsi la substance pulmonaire au point de la rendre imperméable à l'air. Sera-ce à une apoplexie pulmonaire? Mais cette lésion ne s'observe pas d'une manière exclusive dans le sommet du poumon où se rencontrent toujours ces indurations. Ce ne sera pas davantage un abcès proprement dit, parce que les abcès sont fort rares, et qu'ils n'affectent pas non plus d'une manière nécessaire le sommet du poumon. Faudra-t-il créer avec Rogée *une inflammation chronique circonscrite?* Mais pourquoi recourir ainsi à un entité aussi imaginaire, quand on peut expliquer tout naturellement ces indurations superficielles par un petit tubercule, de la même manière qu'on explique les grandes indurations fibro-cartilagineuses par la cicatrisation des tubercules volumineux? Est-ce que la diathèse tuberculeuse ne s'arrête pas après avoir produit un petit tubercule, tout comme elle s'arrête après en avoir produit quatre ou cinq; et dans ce cas croit-on que la cicatrisation du petit tubercule coûtera plus à la nature que celle des tubercules multiples?

Rogée dit avoir rencontré ces petites indurations chez les quatre cinquièmes des vieillards. Or, cette circonstance lui paraît un autre argument de plus contre leur origine tuberculeuse. « Les excavations du poumon, dit-il, sont-elles aussi fréquentes? » (Ibidem, août 1839, pag. 467.) Il y a ici une distinction à faire sur ce qu'on entend par excavations du poumon. Si par là on veut comprendre seulement les cavernes assez spacieuses pour produire de la consomption, il est clair que des excavations semblables n'existent pas aussi fréquemment; mais si on applique le mot excavation à des cavités résultant de la fonte d'un ou de deux petits tubercules, et trop peu considérables pour que le travail de la tuberculisation ait donné lieu à un dépérissement notable, il n'y a rien d'étonnant à ce que de semblables excavations existent chez les quatre cinquièmes des vieillards.

On voit par là qu'il est important d'admettre des degrés dans l'intensité ou dans l'activité de la diathèse tuberculeuse. Dans un premier degré, cette diathèse se bornera à déterminer la sécrétion d'un, deux, etc., tubercules sans donner lieu aux symptômes propres de la phthisie. Ce degré est le plus ordinaire; c'est celui qui se traduit plus tard dans les autopsies par les *indurations superficielles* de Rogée. Le second degré de la diathèse tuberculeuse affecte plus gravement les individus; il en résulte des symptômes de *phthisie;* les tubercules et leurs excavations sont beaucoup plus considérables que dans le cas précédent; mais enfin la sécrétion tuberculeuse s'arrête, et les excavations tuberculeuses se cicatrisent. Il en résulte des cicatrices bien caractérisées, soit fibro-cartilagineuses, soit celluleuses, avec enfoncement de la superficie du poumon, et dilatation des vaisseaux bronchiques qui se rendent à la cicatrice. Ce sont là les excavations tuberculeuses cicatrisées, admises par M. le professeur Andral, MM. Prus, Rogée et Boudet. Enfin, dans le troisième degré, la diathèse tuberculeuse envahit successivement la plus grande partie des deux poumons et l'individu périt phthisique.

Je devais m'arrêter sur l'origine tuberculeuse des cicatrices du sommet des poumons, avant d'exposer les recherches que j'ai annoncées plus haut. Maintenant je dirai que, sur 160 malades qui sont mortes dans mon service depuis le 1er février 1842, jusqu'au 31 septembre 1843, d'affections autres que la phthisie tuberculeuse, j'ai trouvé chez toutes, *excepté trois* (1), des cicatrices dans le sommet du poumon. Le plus souvent, les sommets des deux poumons étaient affectés, quelquefois il n'y en avait qu'un seul. Ordinairement la cicatrice consistait en indurations superficielles et étroites, d'autres fois il y avait enfoncement et froncement considérables de la surface du poumon avec adhérence des plèvres correspondantes; une seule fois j'ai trouvé tout le lobe supérieur d'un poumon transformé en cicatrice; il était parsemé d'une grande quantité de matière calcaire disséminée çà et là dans le tissu fibro-cartilagineux de la cicatrice.

J'ai déjà dit que j'avais commencé ces recherches nécroscopiques à l'hôpital de la Charité, depuis le 1er avril jusqu'au 30 novembre 1839. Dans ce laps de temps il est mort seize femmes de tout âge, non phthisiques; chez toutes, sans exception, j'ai trouvé des cicatrices dans le sommet du poumon. Sur treize hommes non phthisiques morts dans le même intervalle et dans le même service, il y en avait un quart dont le sommet du poumon ne présentait aucune altération, même la plus légère.

Ce résultat numérique qui montre que les cicatrices du sommet des poumons sont plus communes chez les femmes que chez les hommes, est encore un argument de plus en faveur de leur origine tuberculeuse. En effet, on sait précisément depuis les travaux de M. Louis, que la *phthisie* tuberculeuse se rencontre plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Or, si la diathèse qui est assez féconde pour entraîner une consomption mortelle, est plus commune chez les femmes que chez les hommes, qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'on trouve aussi bien plus souvent chez les femmes une diathèse légère qui s'épuise après avoir produit un très petit nombre de tubercules (2)?

Me voilà donc fondé à admettre avec M. Boudet qu'il y a une grande différence, sous le rapport de la curabilité, entre le cancer et le tubercule. Le cancer est à peu près incurable dans son essence, mais il n'en est plus de même du tubercule. Si la phthisie tuberculeuse est grave, cela dépend uniquement de l'activité et de la fécondité de la diathèse tuberculeuse, et nullement de la nature propre du tubercule.

La pneumonie est une des affections de la vieillesse qui ont été le plus étudiées. Il suffit en effet de citer à ce sujet les recherches importantes de M. le professeur Piorry sur la pneumonie hypostatique, et celles de MM. Hourmann et Dechambre, sur les symptômes et les lésions anatomiques propres à la pneumonie des vieillards. Néanmoins cette affection, considérée dans la vieillesse, présente quelques particularités qui n'ont pas encore été signalées; il en est deux surtout sur lesquelles je vais m'arrêter; l'une a trait à la marche de la pneumonie, et l'autre tend à faire préciser davantage la forme dite *latente* de cette maladie.

Chez l'adulte, la pneumonie ne subit pas ordinairement des variations quotidiennes considérables sous l'influence du traitement; et la disparition des symptômes tant physiques que physiologiques ne s'effectue guère que lorsque le malade entre franchement en convalescence. Chez les vieillards, cette marche de la pneumonie est assez rare.

Dans la grande majorité des cas, la pneumonie des vieillards présente des intermittences complètes sous l'influence du traitement; c'est-à-dire que la maladie disparaît quelquefois complétement après l'emploi d'un moyen actif de thérapeutique, pour repa-

---

(1) La femme morte de phthisie catarrhale, dont j'ai donné plus haut l'observation, est une des trois qui n'ont présenté aucune cicatrice.

(2) Il serait à désirer qu'on fît dans les hospices de vieillards (hommes) les mêmes recherches que j'ai faites à la Salpêtrière. Il est probable que la proportion des individus affectés de cicatrices dans le sommet des poumons, y serait de beaucoup inférieure à celle qui m'a été présentée par les vieilles femmes de la Salpêtrière.

raître le jour suivant dans sa première intensité. Ainsi, un vieillard est atteint d'une pneumonie bien caractérisée ; il y a chez lui une douleur pleurétique, des crachats sanguinolents, du souffle tubaire, de la matité dans un point du thorax, etc. ; on lui fait une saignée, et le lendemain il n'y a plus ni douleur pleurétique, ni crachats sanguinolents ; le souffle et la matité sont remplacés par le murmure vésiculaire et par la sonorité. On croit la pneumonie *jugulée*, et le troisième jour on constate la réapparition de tous les symptômes précités.

Cette disparition momentanée de la pneumonie peut ainsi s'observer deux fois et quelquefois même trois fois dans le cours de la maladie ; elle survient non pas seulement après la saignée, mais encore après l'emploi de tout autre moyen actif, tel que celui de la potion stibiée, ou du vésicatoire appliqué sur le côté malade. Quelquefois il n'y a pas disparition complète, mais seulement diminution considérable des symptômes tant physiologiques que physiques.

La connaissance de cette marche intermittente de la pneumonie des vieillards doit rendre le médecin très réservé dans le pronostic qu'il porte sur la résolution définitive de la maladie. En général, il ne faut annoncer la fin de la pneumonie, que lorsque la cessation des symptômes dure depuis deux jours au moins, et qu'elle survient après le septième jour, à dater de l'invasion.

Cette réserve extrême de pronostic à garder dans les intermittences de la pneumonie des vieillards est d'autant plus nécessaire au médecin que cette affection se termine très souvent par la mort. Il ne faut pas oublier, en effet, que la pneumonie des vieillards est incomparablement plus grave que celle des adultes. MM. Hourman et Dechambre disent, dans leur travail, que la mortalité est effrayante dans la pneumonie des vieillards ; et M. Prus démontre, les chiffres en main, que les vieillards succombent à la pneumonie bien plus souvent qu'à toute autre maladie.

Quelle que soit la manière dont la théorie interprétera cette influence si puissante mais si éphémère des moyens thérapeutiques sur la pneumonie, on n'en doit pas moins regarder ce phénomène comme un des traits les plus caractéristiques de la pneumonie dans la vieillesse. C'est un fait si ordinaire dans les salles de la Salpêtrière, que je crois inutile d'en produire ici des observations détaillées.

Faute de connaître cette marche saccadée de la pneumonie, on peut quelquefois mettre en question la valeur séméiologique de l'auscultation et de la percussion dans les maladies de la vieillesse, et voici comment : un vieillard est affecté, depuis quatre ou cinq jours d'une hépatisation dont l'existence est démontrée par du souffle tubaire et de la matité. On lui donne, je suppose, une potion stibiée. Le lendemain il n'y a plus ni souffle ni matité, ni hépatisation par conséquent ; on croit le malade sauvé, mais immédiatement après la visite, l'hépatisation reparaît, augmente rapidement, et fait périr le malade avant la visite du lendemain. On trouve à l'autopsie une hépatisation complète vis-à-vis le point du thorax où l'on avait constaté la disparition du souffle et de la matité, lorsque pour la dernière fois on avait examiné la poitrine du malade. Comme on croit généralement à la continuité d'une lésion aussi profonde que l'hépatisation, on ne peut pas admettre que cette hépatisation, momentanément dissipée, a pu se reproduire avec tant de rapidité et d'intensité ; on aime mieux, alors, penser que l'hépatisation n'avait pas disparu, comme l'indiquait le retour du murmure vésiculaire et de la sonorité ; et par conséquent l'on est porté, mal à propos, à regarder l'auscultation et la percussion comme bien moins concluantes dans la séméiologie des vieillards que dans celle des adultes. Il m'est ainsi arrivé trois fois de faire des autopsies dans des cas où une réapparition brusquement mortelle de l'hépatisation avait suivi immédiatement la visite dans laquelle on avait positivement constaté le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

Des anomalies de la vaccine, *par* **M. Gillette**, *médecin du bureau central.*

La vaccine est le plus souvent une éruption à marche régulière bien déterminée, et accompagnée de symptômes fort benins. Cependant, il arrive parfois que l'évolution en est troublée ou présente des caractères insolites et même des complications plus ou moins graves. En général, les auteurs qui se sont occupés de la vaccine ont fixé leur attention beaucoup plus sur les variétés que peut présenter l'éruption, que sur les complications qu'ils ont regardées comme de simples coïncidences, ou dont ils n'ont pas parlé. On ne saurait douter cependant qu'il ne s'en rencontre de temps en temps, et on en trouve, comme nous le verrons plus bas, des preuves assez nombreuses dans les rapports officiels du comité central de vaccine. Mais cette question semble, à une foule de médecins honorables, pleine de périls, ils voudraient, en quelque sorte, qu'on acceptât la vaccine sans un examen trop minutieux. Cette timidité part sans doute d'un principe fort respectable, et de la crainte que ces discussions n'ébranlent la foi qu'on doit avoir en l'efficacité préservative de la vaccine. Pour nous, persuadé que la vaccine a pour jamais gagné sa cause, et que l'attaquer est désormais autant un ridicule qu'une faute, nous désirons que toutes les questions qui se rattachent à cette précieuse éruption soient examinées avec la liberté d'esprit et l'impartialité que notre époque tend à faire dominer dans les sciences médicales.

Les principales anomalies qui se rapportent à l'éruption portent sur l'époque où elle apparaît, sur sa nature et les éruptions concomitantes; enfin il ne manque point d'exemples de l'apparition de quelques symptômes généraux chez des individus vaccinés, sans que la vaccine se déclare autrement.

La période d'incubation qui, dans l'état régulier, se termine du 3e au 4e jour, se prolonge chez quelques sujets. Dans les rapports du comité central de vaccine, nous voyons l'éruption rétarder jusqu'au 25e jour (1813), jusqu'au 30e (1818), jusqu'au 37e (1817). On a cité même des retards beaucoup plus prolongés. Quant à la cause de ce retard, on l'a attribuée tantôt à la chaleur sèche, tantôt au froid. Mais on en a observé pendant l'été aussi bien que pendant l'hiver; il est plus probable que cela tient à quelque prédisposition inconnue chez les sujets. N'est-ce pas à une cause analogue, mais agissant plus énergiquement, qu'il faut attribuer la résistance que quelques personnes présentent à la vaccine. Dans le rapport sur les années 1818 et 1819, M. Husson cite l'exemple de plusieurs médecins qui n'ont triomphé de cette résistance, chez des enfants, qu'après 8 ou 10 vaccinations; un d'eux même à la 20e seulement; et il ajoute : « Cette résistance, après des tentatives tant de fois répétées, ne nous porterait-elle pas à conclure qu'il n'est pas de résistance que l'on puisse dire absolue, et qu'on ne doit jamais cesser de recourir à la vaccination, tant qu'il ne se développe pas un travail; et ne vaut-il pas mieux, puisqu'aucun terme ne peut être fixé pour savoir où l'on doit s'arrêter, multiplier ainsi les essais que de s'endormir dans une fausse sécurité? » C'est pour la même raison, sans doute, que l'on a vu qulques individus traverser toute la vie, sans être atteints de la variole quoiqu'ils eussent été exposés à la contagion. En 1825, à Saint-Denis, pendant une épidémie de variole, 6 enfants de la même famille fréquentent une école où l'on recevait des enfants à peine convalescents de la variole. L'un d'eux, âgé de 15 ans, échappe à tout danger, ainsi qu'une sœur de 9 ans, qui est en vain vaccinée deux fois. Deux autres tombent le même jour malades d'une varioloïde; les deux derniers sont atteints, pendant la convalescence de ceux-ci, d'une variole confluente.

Si quelques individus, résistent à l'infection vaccinale, chez d'autres, au contraire, elle agit avec une énergie si grande que, sous son influence, apparaissent sur la peau des exanthèmes de diverses espèces. Tantôt on a observé des éruptions vésiculeuses, miliaires, papuleuses (rapport de 1806), qui étant inoculées n'ont pro-

duit aucun résultat. Tantôt, ce furent de vraies vaccines, qui purent être reproduites avec tous leurs caractères. Quelquefois ces pustules surnuméraires (rapport de 1819) se sont montrées en même temps que celles qui résultaient de l'inoculation, et sur des points éloignés de l'insertion Plus souvent elles ont présenté un grand rapport avec l'éruption secondaire de l'inoculation ; les pustules d'insertion se développaient d'abord, puis, du 5e au 10e jour (rapport de 1805), du 16e au 20e (rapport de 1808), se montraient les pustules consécutives. Nous ne parlons pas ici de celles qu'une cause directe peut produire en portant accidentellement le virus sur une surface dénudée.

Faut-il ranger dans cette dernière catégorie le fait signalé, par le docteur Richard du Haut-Rhin, en 1809? Un enfant de quatre ans très indocile est vacciné par six piqûres au bras. Le septième jour, la vaccine avait acquis tout son développement; mais les démangeaisons causées par l'inflammation aréolaire etaient si fortes, que l'enfant déchira ses boutons et les suça à plusieurs reprises. Quatre jours après, il lui survint sur le corps une eruption de cinquante-trois boutons qui firent croire aux parents que l'enfant avait contracte une petite verole. Le médecin s'assura que c'etaient des pustules vaccinales et en inocula le virus avec succès à dix-sept enfants.

Tous ces exemples et surtout le dernier semblent répondre aux vastes éruptions de variole ; ce sont, dans les proportions de la vaccine à la variole, des vaccines confluentes.

Selon M. Duclaux, médecin à Bourganeuf (1809), on vit, 6 mois après une vaccine régulière, un travail absolument semblable au premier, paraître aux mêmes endroits où la vaccine s'était développée. Voila, si le fait est bien exact, une récidive spontanée de vaccine. On peut douter de celle-là. Mais il n'est point permis de nier celle que la revaccination produit. Ainsi, nous voyons la vaccine, amoindrissant en quelque sorte tous les accidents de la variole, les reproduire sans danger pour le malade, et même par ses écarts manifester encore davantage sa puissance tutélaire. Par exemple, on sait quel juste effroi ont inspiré aux médecins de tous temps les varioles compliquées de purpura, où les pustules se remplissent de sang, et où le malade ne tarde point à succomber, épuisé par les hémorrhagies. Voici les effets comparés d'une vaccine pétéchiale. On lit dans les transactions médico-chirurgicales, vol. VII, 1842, l'observation suivante, recueillie par le docteur Grégory :

Une petite fille de quatre ans, pleine de santé, est vaccinée à l'hôpital le 19 mai 1842. Cinq piqûres sont pratiquées sur le bras gauche. Le virus fut tiré d'une pustule parfaite arrivée au huitième jour. Le même vaccin fut inoculé à un frère plus âgé et à une sœur plus jeune. Le 25, le bras est plus enflammé qu'à l'ordinaire, et quelques taches se font remarquer à la face. L'enfant, sous tous les autres rapports, jouit d'une parfaite santé. Le 26, au huitième jour de l'inoculation, les pustules sont noires, et comme remplies de sang. De nombreuses pétéchies sont dispersées sur tout le corps, mais plus spécialement sur la face, le cou et les bras. Une légère contusion à la tempe a déterminé une vaste ecchymose. Un peu de sang s'écoulait de l'oreille gauche, et quelques gouttes s'étaient échappées de la narine; il n'y eut point de sang dans les matières excrementielles. La santé générale continuait à être bonne. Les ecchymoses et les pétéchies disséminées sur le corps diminuèrent en même temps que déclinait l'eruption de la petite-verole, et le seizième jour toute apparence d'hémorrhagie avait disparu. Deux croûtes étaient tombées laissant de bonnes cicatrices. Trois autres, dures et d'un noir de jais adhéraient encore ; l'enfant se portait parfaitement. Chez le frère et la sœur la vaccine suivit la marche la plus régulière.

Est-ce forcer l'analogie, que de supposer que beaucoup de ces vaccines à forme plus intense sont arrivées chez des individus prédisposés à contracter des varioles graves? Ne serait-ce point surtout dans les familles où déjà la variole avait sévi avec force et où les récidives étaient plus communes, qu'on aurait rencontré des éruptions surnuméraires, et soit la variole après la vaccine, soit de secondes vaccines? Voici au moins quelques faits qui autoriseraient à le penser. Un individu chez lequel j'ai pu constater, à des époques assez rapprochées, la plupart des affections aiguës de la peau, aurait eu, d'après ses parents, une vaccine accompagnée d'une éruption vésiculeuse; or, son père a été

affecté d'une variole confluente, et la sœur de celui-ci a succombé à cette maladie. On lit, dans le rapport de 1810, que la fille d'un médecin fut atteinte de la petite vérole pendant une épidémie, quoiqu'elle eût eu précédemment une vaccine régulière; mais ce médecin, en instruisant le comité de cette particularité, ajoutait que ce fait ne lui paraissait point extraordinaire, parce que, dans sa famille, on était sujet à avoir deux fois la variole, et que lui-même offrait l'exemple de cette récidive. 12 ans plus tard, un fait analogue se passait dans la famille d'un des honorables membres du comité : de deux jeunes femmes vaccinées, dont la grand'mère avait eu deux fois la petite vérole, l'une était atteinte de variole, l'autre, revaccinée, offrait une seconde éruption.

Enfin, pour compléter ce rapide parallèle, entre la vaccine et la variole, citons encore la fièvre vaccinale sans éruption, *vaccinæ sine vaccinis*, correspondant à la fièvre varioleuse de Sydenham. Je sais que de bons observateurs doutent de l'existence de cette fièvre ; mais faut-il absolument ne s'en rapporter qu'à l'observation personnelle et rejeter celle d'auteurs dignes de foi, surtout quand des faits analogues viennent encore corroborer leur témoignage? Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer la fièvre varioleuse, mais je possède l'observation, recueillie dans le service de M. Guérard, à l'hôpital Saint-Antoine, d'une scarlatine sans éruption. Une femme offrit tous les symptômes généraux de cette affection sans aucun changement de couleur à la peau; après une semaine, les accidents généraux se dissipèrent complétement, et il survint une desquamation à larges écailles. D'ailleurs, n'existe-t-il pas comme transition entre la fièvre vaccinale et les vaccines très abondantes toutes ces vaccines où un grand nombre de piqûres ne donnent aucun résultat, et où le développement d'une seule pustule n'en produit pas moins des symptômes généraux, et n'en préserve pas moins de l'infection varioleuse. Les inoculateurs avaient observé des faits analogues. Borsieri, tom. 2, p. 297, dit que parfois il ne succède aucune éruption à la fièvre qui suit l'inoculation, et qu'il n'apparaît que les pustules locales au lieu d'insertion. La variole elle-même préserve d'une récidive, non par le nombre des pustules qu'elle a fait naître, mais par les symptômes généraux de l'infection. On lit dans les mémoires de l'académie de chirurgie, t. 2, p. 560, l'histoire d'une petite fille de 7 ans qui, après les symptômes précurseurs d'une variole, n'eut qu'une seule pustule; on l'inocula six fois après, sans que la variole se développât.

Les observateurs, qui ont signalé cette fièvre vaccinale, ont insisté sur le fait, que les accidents fébriles se sont prolongés plus longtemps dans ce cas qu'il n'arrive dans les cas d'une éruption normale. M. Pistono rapporte qu'un garçon bien constitué éprouva, le 8e jour de sa vaccination, un malaise général avec un mouvement de fièvre. Cet état dure une semaine, et l'effet préservatif a lieu ; car ce même enfant est sans succès revacciné deux fois. M. Petiet vaccine un sujet qui l'avait été sans succès l'année précédente. Au bout de 8 jours, se manifeste un accès de fièvre de 36 heures, après lequel un léger gonflement et un peu de rougeur qui avaient été remarqués aux bras s'éteignent. Trois tentatives de vaccination et une inoculation de variole n'amènent point chez lui la moindre apparence d'infection (rapport de 1812). Mêmes observations, mêmes expériences sont signalées dans le rapport de 1813. M. Cazals vaccina, pour la 4e fois, une fille de 5 ans qui, le 6e jour de cette dernière vaccination, eut des bâillements, quelques nausées et même des vomissements. Une fièvre très vive et un malaise général succédèrent à ces symptômes d'infection, et durèrent pendant huit jours, sans qu'aucun bouton-vaccin ne se développât. On inocula plus tard la petite vérole à cette enfant, mais sans qu'elle en ressentît la moindre atteinte.

En opposition de la fièvre vaccinale, on peut placer toutes ces vaccines sans réaction où l'on n'a à constater que l'éruption locale, ordinairement peu intense. Ces vaccines sont-elles un préservatif aussi certain que celles à réaction ? Il serait curieux, sans doute, d'observer si c'est après elles qu'on a observé le plus de varioles et le plus de vaccines secondaires; mais les documents nous manquent à cet égard. Aussi nous n'en parlons que pour faire ressortir encore sous ce rapport l'analogie de la vaccine et de la variole.

Marcellus Donatus, Philippe Ingrassias, Marescotti, Huxham, Borsieri (*Institut. medic.*,

tom. 2, pag. 102) ont vu des varioles sans fièvre. Ce dernier observateur insiste sur le fait, que le virus varioleux, inoculé dans la peau d'un individu qui a eu la petite vérole reproduit des pustules locales semblables à celles de la variole; mais il n'y a pas de fièvre. On observe souvent ces inoculations chez les femmes qui soignent des enfants varioleux, les tiennent sur leurs bras nus, approchent leur figure de celle du malade. Ces varioles locales ont été observées aussi chez certains individus vaccinés à qui on a inoculé le virus varioleux. On lit dans le rapport sur l'année 1806 : à Granville, la petite vérole environnait de toutes parts une maison dans laquelle habitaient deux enfants vaccinés; la mère n'ayant point de confiance en la vaccine, leur fit inoculer du pus frais de la petite vérole. Les piqûres donnèrent jusqu'au 7e jour des marques de travail local; mais la fièvre d'invasion ne se déclara point; les boutons se desséchèrent, et les deux enfants résistèrent à cette épreuve ainsi qu'à la contagion épidémique. Mêmes exemples dans le rapport sur 1810. Une éruption vaccinale bénigne (vaccinelle de M. Rayer), à durée moins longue, sans réaction, se montre également assez souvent chez les individus qui ont eu la petite vérole, ou chez ceux qui ont déjà été vaccinés avec succès. Jenner avait déjà reconnu que des individus qui avaient eu antérieurement la variole avaient contracté la vaccine en trayant des vaches atteintes de cow-pox, mais que la vaccine avait été incomparablement plus bénigne. Le docteur Wendroth (*Gazette méd.*, 1840, p. 337) se blesse au pouce avec une lancette chargée de vaccin. Quoiqu'il eût eu la variole, il vit se développer une pustule de vaccine.

Nous voici arrivé aux complications. Les unes, comme un érysipèle autour des piqûres, le phlegmon des ganglions de l'aisselle ne sont que l'exagération des symptômes normaux. Les autres résultent d'une coïncidence fâcheuse qui fait éclore une autre maladie dans le même temps qu'a été provoquée l'éruption vaccinale. En 3e lieu, il faut ranger les complications qui ne dépendent pas immédiatement de la vaccine, mais qui se développent occasionnellement sous l'influence du mouvement fébrile amené par cette légère affection. Les complications du premier genre se rapportent à l'état local : par exemple, que l'inflammation des pustules soit très vive, qu'on ait pratiqué un trop grand nombre de piqûres, on verra facilement survenir ces accidents, et on les calme assez promptement par les bains tièdes, les cataplasmes et surtout la déplétion des boutons-vaccins. Aussi nous ne nous y arrêterons pas. Faisons remarquer cependant que ces accidents paraissent être d'autant plus communs qu'on est plus près de l'inoculation du cow-pox. Chaussier (rapport de 1816) dit que ces symptômes d'irritation locale s'observent principalement chez ceux qui ont contracté la maladie en trayant des vaches attaquées du cow-pox. En 1835, j'avais vacciné le petit-fils d'un Anglais, ancien ami de Jenner; la vaccine avait suivi une marche régulière, mais elle était peu énergique; aussi cet étranger ne pouvait croire que notre vaccine française fût capable de préserver de la variole, parce qu'il la comparait aux pustules à base enflammée, que lui avait montrées jadis l'illustre vaccinateur, et surtout parce qu'il n'y avait pas d'engorgement sous les aisselles. En 1836 et 1837, inoculant le vaccin récemment renouvelé de l'Académie de médecine, j'eus en effet l'occasion d'observer plus fréquemment cette énergie des symptômes locaux. La diminution plus ou moins sensible de l'action locale, est une des causes principales qui font croire à certains médecins que le virus a dégénéré. Mais quoique le premier fait soit hors de doute, il ne s'ensuit nullement la réalité du second; car une variole discrète préserve aussi bien d'une récidive qu'une variole confluente. Déjà les inoculateurs (voy. Gatti, *Nouvelles réflexions sur l'inoculation*, p. 82) pensaient que le pus tiré des inoculés donnait naissance à des pustules beaucoup plus bénignes; et même que l'intensité de la variole diminuait par les inoculations successives.

Les maladies qu'on a vues coïncider avec la vaccine étaient aiguës ou chroniques; le plus souvent de l'ordre de celles qui affectent le système cutané. La coïncidence était spontanée ou provoquée. La marche surtout mérite intérêt; tantôt les deux affections se sont développées indépendamment l'une de l'autre. Tantôt la maladie coïncidente a in-

fluencé la vaccine ou a été influencée par elle. Parmi les maladies autres que des affections cutanées, nous voyons, en 1805 (rapport de 1806), à Mende, tous les sujets atteints d'une diarrhée épidémique, être vaccinés sans succès. Dans le rapport de 1808, un enfant attaqué d'un dévoiement épidémique, qui avait déjà fait plusieurs victimes parmi des enfants du même âge non vaccinés, succomba à cette maladie avant la chute des croûtes. Un autre enfant est enlevé, à Sinans, département du Doubs, par une dyssenterie, le dixième jour de sa vaccination A Flavy-le-Martel (rapport sur 1808) un enfant avait été vacciné trois fois sans succès; une quatrième insertion réussit; le 7e jour de la vaccine une inflammation vive de la parotide se déclara et l'enfant mourut le 11e jour dans des convulsions. Mais, dans le même temps et dans le même lieu, huit autres enfants non vaccinés avaient été également atteints de parotidite. La même année, dans le département de Seine-et-Marne, un enfant vacciné succomba à une fièvre ataxique qui s'était développée le 6e jour de sa vaccination. A Clermont (rapport de 1810), cinq enfants nouveau-nés moururent peu de jours après leur vaccination : trois dans le marasme, deux par suite du mal vénérien qu'ils avaient apporté en naissant.

Le travail vaccinal a été suspendu pendant 15 jours par une fièvre double tierce survenue après la vaccination. Une fièvre accidentelle, déclarée le lendemain de la vaccination, arrêta toute espèce de travail local. Le mouvement fébrile terminé, la vaccine se développa (rapport sur 1805). Un médecin de Nancy vit chez une femme délicate des accès d'hystérie retarder pendant un mois le développement de la vaccine. A Massevaux (Haut-Rhin), un enfant de huit mois, le 13e jour de la vaccination, fut atteint de dyssenterie, à la suite d'une violente frayeur qu'éprouva sa mère en l'allaitant. A l'instant même le travail de la vaccine fut suspendu et ne reprit que quatre jours après, quand la convalescence fut bien assurée (rapport sur 1810).

C'est surtout dans les cas de coïncidence de la vaccine avec les maladies épidémiques que l'on a observé le retard ou la suspension du travail local. Aussi la rougeole et la variole se sont-elles bien plus souvent trouvées en coïncidence que toute autre maladie et ont-elles amené une influence plus notable.

Si quelquefois dans les épidémies de rougeole, ces deux maladies se sont développées simultanément, le plus souvent il n'en fut pas ainsi. La vaccine resta sans effet pendant le cours de la rougeole et commença à montrer son action quand celle-ci fut guérie. M. Giret-Dupré, médecin à Rouen, prit le 9e jour du vaccin pour l'inoculer. Le lendemain l'enfant, qui l'avait fourni, eut une fièvre violente, et le 11e jour on vit paraître la rougeole; la matadie fut dangereuse; mais pendant toute sa durée, les boutons-vaccins restèrent stationnaires; ils étaient, le 22e jour, dans le même état que 11 jours auparavant, et la vaccine arrêtée jusqu'alors continua ensuite à parcourir avec régularité ses périodes de suppuration et de dessication. (Rapports sur 1808, 1809, 1810). D'autres fois (mêmes rapports) les deux maladies parcoururent leurs périodes simultanément avec régularité, et dans ces circonstances le vaccin inoculé rendit la vaccine sans aucune complication de l'affection morbillaire. Dans une épidémie, on vit trois enfants succomber à la violence de la contagion morbilleuse, pendant le cours de la vaccine.

Les auteurs qui ont écrit sur la variole avaient également remarqué les coïncidences de ces deux affections. Voici un exemple de la suspension apportée à l'inoculation variolique par la rougeole, comme nous l'avons vu plus haut pour la vaccine. En 1732, dans plusieurs endroits de l'Angleterre où sévissaient à la fois la rougeole et la variole, on observa que, chez quelques individus inoculés le 7e jour, il survenait de la fièvre, et le 9e jour, au lieu de la variole qu'on attendait, éclatait une rougeole avec la toux caractéristique. De ce moment, la fièvre diminuait, pour se rallumer le 11e ou 12e jour; et le 14e apparaissait une variole discrète, qui suivait son cours ordinaire (*Journal des savants*, 1740, *avril*).

La variole et la vaccine se sont rencontrées plus souvent encore, surtout dans les premiers temps où l'on commençait à vacciner; car, d'une part, les épidémies varioliques étaient plus fréquentes, et de plus, les médecins se trouvaient à une

époque de doute où ils pouvaient inoculer à la fois le virus vaccin et celui de la variole, sans qu'on fût en droit de leur reprocher d'agir dans un but scientifique plus que dans un but médical. Les nombreux essais qui furent faits alors contribuèrent grandement à assurer le triomphe de la vaccine. Examinons seulement les faits qui se rapportent aux anomalies.

Quelquefois les deux maladies ont suivi ensemble une marche régulière, et tellement distincte, que la matière de chacune d'elles, inoculée à des sujets différents, donnait simplement une éruption identique à celle dont elle sortait. En 1808, un médecin de Beaugency, M. Pellieux, inocula le vaccin d'un sujet varioleux à 23 sujets qui eurent la vaccine. D'autres fois et plus souvent celle des deux maladies qui avait sur l'autre la supériorité d'infection, a en quelque sorte étouffé l'autre ou en a amoindri les effets. Ainsi, une petite-vérole qui parut du 4e au 5e jour de la vaccination, empêcha la vaccine de se développer (rapport sur 1805). Enfin, dans quelques épidémies, le virus variolique sévissait avec tant d'énergie, que, sans neutraliser l'éruption vaccinale, il n'en reçut aucun effet et frappa mortellement des enfants chez lesquels la vaccine avait continué à se développer (rapports sur 1806, 1808, 1817) ; mais les cas où, au contraire, l'éruption variolique reçut une influence heureuse du virus-vaccin, quoique marchant avec lui, sont beaucoup plus nombreux. Dans les divers exemples signalés par le comité de vaccine, cette bénignité fut caractérisée par la diminution de la réaction générale et par un moins grand nombre de boutons ; une fois, chez un sujet vacciné au fort d'une épidémie variolique, les symptômes précurseurs de la petite-vérole s'annoncèrent le dixième jour de la vaccine, mais l'enfant en fut quitte pour ces prodrômes ; l'éruption de la variole n'eut pas lieu (rapport sur 1818).

Voici une observation que j'ai recueillie en 1840 dans le service de M. le professeur Andral, et où il semble que la double infection vaccinale et variolique s'est produite par une éruption mixte de la nature de celle que M. Rayer a désignée par le nom de varicelle pustuleuse :

Une jeune fille lymphatique, entrée à l'hôpital pour une chlorose, y avait été atteinte d'une fièvre typhoïde légère qui avait prolongé son séjour, et pendant la convalescence de laquelle étaient revenus les symptômes chlorotiques ; à l'autre extrémité de la salle, se déclara chez une autre femme une variole confluente des plus graves qui fut mortelle vers le quinzième jour. Quelques jours avant cette issue funeste, le 22 avril, je vaccinai la jeune chlorotique dont la santé commençait à s'améliorer et qui ne présentait aucune trace ni de vaccine ni de variole. Le virus fut pris sur un enfant très bien portant, dont la vaccine avait suivi la marche la plus régulière, et au huitième jour. Le 25 et le 26 au matin, aucun travail ne se remarque aux piqûres qui sont au nombre de sept. Le 26 au soir, de la fièvre est survenue (90 pulsations), il y a quelques nausées, des douleurs vagues, et de la céphalalgie. Le 27, la fièvre continue, les piqûres commencent à rougir et à s'élever ; le 28, les symptômes généraux se sont amendés, le malade n'a presque plus d'élévation ni de fréquence dans le pouls et demande des aliments. Les sept piqûres qui ont continué à se développer offrent l'apparence d'une pustule non ombiliquée. On en observe cinq de nature semblable disséminées sur la face ; aucune autre sur le tronc ni sur les membres inférieurs. Dès le quatrième jour de l'éruption, ces pustules se présentèrent avec une forme globuleuse, à base médiocrement rouge, à apparence laiteuse. Au septième jour elles commençaient à s'affaisser, et on observait au centre un point de dessiccation. Bientôt des croûtes brunâtres apparurent, et au quinzième jour elles étaient toutes tombées, ne laissant qu'une cicatrice superficielle. La marche ne fut donc ni celle de la variole ni celle de la vaccine. D'abord l'éruption fut retardée ; puis, quand elle commença à se montrer, eurent lieu des symptômes généraux qui se rapprochaient de ceux de la varioloïde. Les pustules prirent à peu près le caractère de quelques varioloïdes très benignes ; mais elles se montrèrent là surtout où les inoculations de vaccin avaient été faites. Ainsi le vaccin n'eut point assez d'intensité pour se développer avec ses caractères et neutraliser l'infection variolique qui, selon toute probabilité, s'était faite antérieurement. Mais la variole profondément modifiée, se borna à peu près aux premiers symptômes qu'on observait lors de l'inoculation variolique, sans fièvre secondaire ni éruption générale.

Ces faits montrent que l'on doit apporter plus de soin qu'on ne le fait généralement à

l'examen de la santé des individus que l'on vaccine. Si plus d'un sujet a péri pendant l'éruption vaccinale, c'est qu'on avait négligé ces précautions, et que la vaccine venait surprendre un individu déjà affecté d'une maladie grave, ou infecté d'un virus dangereux. Mais sans qu'il y ait faute du médecin le sujet peut-il porter quelque prédisposition inconnue qui développe des accidents autres que ceux auxquels on doit s'attendre; ou le virus-vaccin, en infectant l'économie, ne peut-il agir avec une activité qui dépasse les limites naturelles et provoque divers états morbides? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

Le mouvement imprimé à toute l'économie par le travail vaccinal parut, de bonne heure, aux médecins vaccinateurs pouvoir être employé comme une crise artificielle dont on pouvait retirer les plus grands avantages, et il n'est point un seul rapport où l'on ne trouve une longue liste des maladies chroniques, scrophules, rachitisme, teigne, gale, dartres, tumeurs blanches, sciatique, épilepsie, chlorose, etc., guéries par ce moyen. Peut-être une critique sévère ne présida-t-elle point à toutes les observations, et fut-on facile à admettre des guérisons qui donnaient à la vaccine un triomphe de plus. Ce fut souvent dans les affections de nature lymphatique, que l'on signala le plus grand nombre de ces heureux effets. Mead (*de variolis*, p. 338), avait vu des sujets guérir de tumeurs scrofuleuses à la suite de la variole et Van-Swieten (*Commentaire*, p. 1384), expliquait le fait en disant que le virus variolique fondait les humeurs. On appliqua cette propriété à la vaccine en disant qu'elle était propre à activer le système lymphatique (rapport sur 1808): toutefois, quand on fixe son attention sur toutes celles de ces guérisons qui paraissent le plus probables, on croit moins à une action spécifique de la variole, qu'à l'action inflammatoire et suppurative des boutons. On voit en effet les résultats d'autant plus prononcés qu'un plus grand nombre de piqûres sont pratiquées, et que la suppuration qui en résulte est entretenue plus longtemps. Elle réussit à diminuer la longueur de certaines coqueluches, mais à la manière de la pommade stibiée. N'est-ce pas aussi dans des circonstances analogues que Kirchpatrick (*de l'inoculation*), avait reconnu l'action bienfaisante de la variole inoculée sur une toux de mauvais caractère. Des tumeurs scrofuleuses, des loupes, des tumeurs blanches, des douleurs arthritiques rebelles, des dartres, ont été guéries par la vaccine; mais on a souvent dans ces cas, pratiqué 18, 24 et même 50 piqûres (rapport sur 1808, 1812). Une teigne (impétigo du cuir chevelu) disparut sous l'influence de douze piqûres pratiquées sur la tête. Souvent même on entretenait la suppuration, et on transformait les boutons en véritables exutoires. Reconnaissons ici les effets énergiques d'une irritation locale, qu'elle vienne, d'un érysipèle, d'une vaccine ou d'une cautérisation.

Mais si la vaccine, comme cause d'une irritation prolongée qui parcourt des périodes marquées, qui allume la fièvre, qui procure une suppuration plus ou moins longue, qui, en un mot, change l'état habituel du corps, peut devenir curative d'autre maladie (rapport sur 1814), pourquoi ne deviendrait-elle point chez certains sujets également cause d'affections morbides? Sans doute la vaccine en elle-même est toujours innocente; mais elle peut rencontrer tel sujet chez lequel par le trouble même qu'elle apporte dans l'organisme, elle deviendra l'occasion de désordres accidentels. Le vulgaire accusera l'origine du vaccin injustement, car le seul tort de la vaccine est d'être venue mal à propos. On ne saurait trop répéter avec Mead (*de variolis*, pag. 344) : *plùs meâ opinione refert, in quale corpus infundatur virus, quam de quale eximatur*. Cependant, en reconnaissant que la prédisposition malheureuse du sujet fait presque tout dans ces rares exceptions, on ne peut s'empêcher de reconnaître encore la parenté de la vaccine avec la variole dans la nature même de ces accidents. Ainsi, une tendance à la suppuration, des douleurs arthritiques, des convulsions; voilà les principaux accidents qui paraissent s'être rencontrés. On a vu l'ulcération des boutons-vaccins durer pendant vingt jours et plus longtemps, et même une ulcération de cette nature dura quatre mois (rapport sur 1808). Quelle était la nature des enfants vaccinés? M. Muret, médecin à Perpignan (1809), rapporte qu'un enfant eut le huitième jour de la vaccination une tu-

meur à la parotide droite, sans qu'aucun travail se fût manifesté aux piqûres. Le dixième jour, une autre tumeur parut sur la tubérosité de l'ischion ; le douzième, une autre près de l'articulation du genou du même côté et qui s'abcéda trois jours après. Les boutons-vaccins commencèrent alors à se développer du côté gauche seulement (*ibidem*).

Des convulsions furent observées par deux médecins en 1806 (rapport de 1808). M. Petit, médecin à Corbeil, vit deux enfants, au huitième jour de la vaccination, être saisis de mouvements convulsifs violents qui heureusement n'eurent aucune suite fâcheuse. La même année, la société de médecine de Lyon cite deux sœurs en bas âge qui eurent, dans le cours de leur vaccination, des convulsions comme on en voit quelquefois lors de l'éruption varioleuse.

M. Caron, médecin à Annecy (rapport sur 1810), rapporte qu'un enfant de trois mois, sujet depuis sa naissance à des mouvements convulsifs, mourut dans des convulsions le neuvième jour de sa vaccination.

Voici enfin une observation où j'ai pu constater de la manière la plus évidente l'influence de la prédisposition:

Le 27 juin 1837, je vaccinai un jeune homme de 18 ans, récemment arrivé de la campagne, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique. Le vaccin fut pris sur un enfant de 3 mois très bien portant, chez lequel la vaccine s'était développée avec énergie, mais sans aucun accident. Le vaccin tirait son origine du cowpox que M. le secrétaire de l'Académie inoculait depuis un an, et qui, depuis cette époque, semblait conserver toute sa force primitive. Trois piqûres furent pratiquées à chaque bras. Les boutons ne commencèrent à se montrer qu'au quatrième jour. Le sixième, il y eut un malaise général; le septième, une fièvre assez intense avec engorgement des ganglions axillaires; le huitième jour, la fièvre avait diminué, l'engorgement était moins douloureux. Je pris du vaccin qui fut inoculé à un enfant et ne donna lieu qu'aux symptômes ordinaires.

Le neuvième jour, ce jeune homme se trouvait mieux, il put sortir. Le dixième, les pustules commencent à se remplir de pus; le vacciné ressent quelques douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes. Le onzième, impossibilité de se lever, douleur vive au dessous de la malléole interne gauche, gonflement autour de l'articulation, sensibilité dans les ganglions de l'aine. Fièvre (104 pulsations).

Le douzième jour, la douleur et le gonflement ont presque disparu au coude-pied gauche; mais on les retrouve à l'articulation du coude-pied droit; il y a sensibilité assez vive dans les genoux et l'articulation coxo-fémorale droite. La fièvre a diminué.

Le treizième jour la fièvre a cessé; les douleurs des membres inférieurs sont si peu vives qu'elles permettent au malade d'exécuter des mouvements étendus; le quatorzième jour, ces divers symptômes ont disparu; mais le malade ne reprend que lentement les forces et l'appétit; et sa convalescence se prolonge encore une semaine.

Le vingtième jour, les croûtes qui s'étaient formées au quatorzième jour se détachent et laissent une cicatrice à fond irrégulier.

Je signalerai en passant l'énergie du virus-vaccin caractérisée par l'engorgement des glandes axillaires. Ce symptôme que je n'avais pas eu l'occasion d'observer avant l'année 1836, je le retrouvai plusieurs fois en faisant usage du cow-pox découvert à cette époque.

Quant aux douleurs arthritiques qui ont existé chez ce jeune homme, n'ont-elles été qu'une simple coïncidence, ou furent-elles liées à la fièvre vaccinale? On chercherait vainement à les expliquer par quelque cause de refroidissement. Il habitait une chambre où régnait toujours une température convenable, et s'il sortit au neuvième jour, ce fut étant bien couvert. D'ailleurs on voit chaque jour promener les enfants vaccinés sans aucun inconvénient. Si les douleurs survenues chez ce jeune homme, eussent tenu seulement à la coïncidence d'un rhumatisme articulaire, auraient-elles suivi cette marche? Un rhumatisme articulaire à forme aiguë ne dure-t-il que quatre jours? Quand on voit ces douleurs persister juste le temps que le pus met à se former et à se sécher dans les pustules, on est autorisé, ce me semble, à trouver une liaison entre elles et la fièvre de suppuration. C'est justement à cette époque qu'elles ont quelquefois apparu

dans la variole. Déjà Rhasès dans son chapitre du pronostic établit qu'il y a danger, *quando sub finem variolarum tumultus fit, et hunc ægrotum occupat dolor vehementissimus, vel in crure, vel in manu, vel in aliquo alio membro*. Sydenham, dans l'épidémie de 1670, Michel Sagvarius (*Epidemia iglaviens.*), Van-Swieten, Diamerbroeck, ont également observé des douleurs survenant à la période de suppuration et qui disparaissaient dans un court espace de temps, ou bien persistaient et donnaient lieu à des abcès.

Toutefois la présence de ces douleurs inaccoutumées qu'avait éveillées la fièvre vaccinale, devait faire supposer chez ce jeune homme une prédisposition, qui paraît même avoir été héréditaire, car son père fut pendant trois ans privé de l'usage de ses membres par suite d'une affection arthritique, à laquelle il finit par succomber ; et le fils, l'année d'après sa vaccine, ayant été exposé à une cause de refroidissement subit, fut atteint d'un rhumatisme articulaire goutteux, qui se prolongea pendant deux années.

Terminons ici cet exposé des principales anomalies de la vaccine ; bien loin, comme nous l'avons vu, d'accuser d'impuissance cet agent thérapeutique, elles servent au contraire à démontrer le virus-vaccin poursuivant le principe morbifique de la variole, sous toutes ses formes, dans toutes ses variétés, dans toutes les conditions et en triomphant presque toujours. Nous n'en sommes plus réduits aux vagues espérances que Boerrhaave concevait au commencement du XVIIIe siècle : « Stimulus videtur anferri posse correctione per se specificâ ; correctio specifica niti debet invento remedio, opposito « illi veneno contagioso quod lâm parva mole susceptum reliqua parit ut effecta. Quale « inveniri posse, comparatio historiæ antidotorum et indoles hujus mali faciunt sperare, « et ad indagandum impellit summa hinc futura generi humano utilitas. (Aphorism., « 1389-91.) » Quatre-vingts ans plus tard, Jenner répondait à ce vœu prophétique ; mais tout n'est pas fait encore ; une trompeuse sécurité a empêché qu'on ne retirât de ce moyen tous les avantages qu'il renferme ; et la variole n'a pas encore disparu. Pour éteindre ce fléau, il reste à la génération présente, le soin d'organiser la propagation de la vaccine.

REVUE CRITIQUE.

SUR LA DESQUAMATION DE L'ÉPITHÉLIUM DES MEMBRANES MUQUEUSES *dans les exanthèmes et spécialement dans la rougeole et la scarlatine.*

« Le développement des exanthèmes sur les membranes muqueuses en même temps que sur la peau est un fait connu depuis longtemps, dit le docteur Helfft, de Berlin ; mais si la desquamation de l'épiderme, consécutivement à ce développement, a été observée par les plus anciens auteurs, la desquamation de l'épithélium est restée douteuse même pour nos contemporains. Les progrès récents de la microscopie m'ont permis de fixer la science relativement à ce point intéressant de pathologie.

« On sait que, comme l'épiderme, l'épithélium s'accroît et se renouvelle par sa base, et que des lamelles, que l'on retrouve facilement dans la matière des sécrétions, se détachent incessamment de sa surface libre. Or, pendant la période de desquamation des exanthèmes, le nombre de ces lamelles devient tellement considérable qu'il est impossible de rapporter ce phénomène à l'état normal et physiologique.

« On trouve des lamelles d'épithélium dans l'urine, dans les matières intestinales, dans les crachats, dans les mucosités nasales ; en un mot dans tous les produits de sécrétion. Souvent les urines troubles, sédimenteuses, que l'on considère comme *critiques*, ne sont autre chose que des urines contenant une quantité considérable de lamelles d'épithélium.

« La desquamation de l'épithélium est beaucoup plus abondante dans la scarlatine que dans la rougeole ; elle *précède celle de l'épiderme* et a lieu pendant la période d'*éruption* de la maladie cutanée ; elle est d'autant moins considérable que l'éruption cutanée est moins intense, plus régulière, *et vice versâ*. Ainsi, deux enfants atteints de scarlatine sont apportés à l'hôpital : chez l'un, les symptômes cutanés sont presque nuls, mais on observe une violente angine et des symptômes cérébraux intenses ; chez l'autre, l'éruption est considérable et presque sans phénomènes généraux : chez le premier, l'urine et les matières intestinales présentent, pendant huit à dix jours, une quantité énorme de lamelles d'épithélium ; chez le second la desquamation

muqueuse est peu abondante et de courte durée. »

Le docteur Helfft croit pouvoir conclure :

1° Que les exanthèmes occupent aussi bien les membranes muqueuses que la peau ;

2° Qu'ils se développent d'abord sur les muqueuses, et ne se propagent que consécutivement jusqu'à la peau ;

3° Que c'est à l'exanthème des muqueuses qu'il faut rapporter les différents phénomènes (*toux, vomissements, diarrhée, dysurie, etc.*), que l'on considère généralement comme les prodrômes des exanthèmes ;

4° Que c'est *peut-être* à un exanthème de la membrane interne des artères qu'il faudra rapporter les altérations et les troubles du système circulatoire qui ont été signalés par Horn, Jahn, Schönlein, etc., et que l'examen microscopique permettra, dans ce cas, de constater la présence de lamelles d'épithélium dans le sérum du sang soustrait aux malades affectés d'exanthème.

(*Journal der Kinderkrankheiten*, Berlin, tom. I, n° 1, juillet 1843.)

DU RAMOLLISSEMENT RACHITIQUE DE L'OCCIPITAL.

Sous le nom d'asthme aigu (Millar), d'asthme de Millar, d'asthme spasmodique (Rush), de catarrhe suffocant (Lieutaud, Laënnec, Baumes), de catarrhe suffocant nerveux (Mauclerc, de croup spasmodique, de laryngite striduleuse, d'angine thymique, de catalepsie pulmonaire (Hufeland), de spasme de la glotte (Kyll), les auteurs ont décrit une maladie dont la nature et les symptômes sont encore problématiques pour la plupart des observateurs, et pour ceux-mêmes qui l'ont introduite dans les cadres nosologiques. En effet, les médecins allemands rapportent cette affection à une hypertrophie du thymus, Schneider à un rhumatisme du poumon, Scheffer à une paralysie et Mauclerc à une apoplexie de cet organe, Laënnec à une bronchite capillaire aiguë, Clarke, Gœlis à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, Corrigan à l'inflammation de la portion cervicale de la moelle, Hufeland et Hugh Lei à une altération des ganglions lymphatiques du cou et de la poitrine, Swan à une altération des nerfs pneumo-gastriques.

Une nouvelle opinion vient d'être émise par le docteur Elsässer. Ce médecin propose de substituer aux noms que nous venons d'énumérer celui de *cranoitabes* ou de *tetanus appoïcus periodicus infantum*, et il attribue tous les phénomènes indiqués par les auteurs à un ramollissement rachitique de l'occipital, propre aux enfants à la mamelle.

Voici la description anatomo-pathologique tracée par le docteur Elsässer :

« Les altérations que présente l'occipital, sont analogues à celles que produit le rachitisme sur les autres parties du squelette. L'os est tellement mince, que souvent il est perforé en plusieurs endroits ; il est spongieux, presque complétement privé de substances terreuses, et quelquefois assez mou pour conserver l'impression des doigts ; le périoste est plus épais qu'à l'état normal, et parcouru par un grand nombre de vaisseaux. Les autres pièces du squelette ne sont ordinairement pas assez altérées pour donner lieu à des difformités ; mais on observe presque toujours un ramollissement plus ou moins considérable des os de la poitrine, des vertèbres et un gonflement des épiphyses.

Cette altération paraît être plus fréquente chez les garçons que chez les filles ; les premiers symptômes se manifestent quelquefois aussitôt après la naissance, souvent vers l'âge de trois mois, et le plus ordinairement entre trois et six mois.

La description symptomatique donnée par l'auteur n'offre de particulier que les caractères suivants : la tête est souvent couverte d'une sueur abondante et les cheveux sont rares et faibles. Ceci est tellement constant, au dire du docteur Elsässer, qu'il faut explorer attentivement le crâne de tout enfant chez lequel le système pileux est très peu développé.

Nous ne pouvons qu'inviter les praticiens à vérifier, par l'observation, les assertions de notre confrère.

(*Der weiche Hinterkopf*, *Stuttgard*, 1843.)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

Mucilage sec de semences de coings, son emploi dans le collyre.

(GAROT.)

M. Garot propose de substituer au produit de la décoction des semences de coings un mucilage préparé en faisant macérer 100 grammes de semences de coings à deux reprises dans 3 kilogrammes d'eau chaude ; on évapore au bain-marie aux trois quarts ; l'évaporation est achevée à l'étuve ; on obtient ainsi 10 grammes d'un produit sec.

Des agents propres à détruire la propriété contagieuse de l'ophthalmie granuleuse et de la blennorrhagie.

(DECOUDÉE.)

Le fluide gonorrhéique, quelles que soient son abondance et son ancienneté, a paru con-

stamment contagieux et propre à déterminer chez les chiens l'ophthalmie granuleuse, Traité par une solution de nitrate d'argent, ce fluide perd sa propriété contagieuse.

Le chlorure de chaux liquide, par son mélange avec le mucus gonorrhéique et ophthalmique, possède aussi la propriété de neutraliser le virus.

ONGUENT HYDROSULFUREUX. (*De Bregne.*)

Sulfure de potasse..... 20 gram.
Axonge.............. 120 gram.
Essence de thym...... 12 gouttes.

Faites dissoudre le sulfure de potasse dans le moins d'eau possible et incorporez très exactement dans l'axonge. Aromatisez le mélange avec l'huile volatile de thym. Cet onguent est employé contre les dartres.

POMMADE ANTI-PSORIQUE. (*Wilkenson.*)

R. Fleurs de soufre.
Poix navale fluide.
Graisse de porc, aa...... 48,00
Craie blanche pulvér...... 32,00
Liqueur d'hydrosulfate d'ammoniaque......... 2,00
F. S. l'art un onguent.

N.B. Prescrit quelquefois à Aix-la-Chapelle.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DU RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU, *par* M. DURAND-FARDEL, *docteur en médecine, etc.*

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

Paris, chez J.-B. Baillère, rue de l'Ecole de Médecine, n° 17. 1 vol. in-8°.

Le ramollissement du cerveau a été l'objet de travaux fort remarquables, publiés par des hommes qui ont une grande autorité dans la science. Et, cependant, malgré toutes ces recherches, l'histoire de cette affection présente encore plus d'une lacune à combler. Jusqu'à présent on s'est surtout occupé de l'étude des lésions anatomiques de cette maladie; le côté pratique a été généralement un peu négligé. M. Durand-Fardel vient de publier un traité sur le ramollissement du cerveau, dans le but de combler toutes ces lacunes. Examinons comment il a cherché à remplir la tâche difficile qu'il s'était imposée.

L'expression *ramollissement* du cerveau est appliquée en ce moment par les auteurs à deux choses bien distinctes; sous ce nom, on comprend ou bien un état morbide particulier, une *maladie*, ou bien le fait même de la diminution de consistance de la pulpe cérébrale.

Cette dernière lésion de texture peut constituer l'un des éléments anatomiques d'une infinité de maladies du cerveau, hémorrhagies, inflammations, gangrène, dégénérescence tuberculeuses, cancéreuses, etc. Le ramollissement spontané ou primitif que M. Rostan, un des premiers, a étudié d'une manière particulière, constitue pour ce médecin une maladie, tantôt de nature inflammatoire, tantôt de nature particulière, *sui generis*. Pour M. Durand-Fardel, le ramollissement cérébral, spontané, primitif, est toujours de nature inflammatoire, soit qu'il se développe chez les enfants, les adultes ou les vieillards. Par conséquent, cet auteur aurait pu remplacer le titre de son livre par celui de *Traité de l'encéphalite*. Mais le mot *inflammation*, qui naguère encore était prodigué à presque toutes les altérations de texture, et à presque tous les désordres fonctionnels, est difficilement accolé de nos jours à des maladies de nature réellement phlegmasique, qui ont été longtemps étudiées sous un autre nom, tant on craint de paraître s'enrôler sous une bannière systématique, qui a commis la grande faute de trop généraliser les phlogoses.

M. Durand-Fardel admet deux espèces de ramollissement du cerveau, l'un aigu et l'autre chronique, dont il décrit séparément l'histoire.

La première partie de son ouvrage est consacrée à la description de la première variété. « Le ramollissement aigu est caractérisé spécialement, suivant l'auteur, par une diminution de consistance de la pulpe cérébrale, « sans désorganisation, avec rougeur par injection ou par infiltration de sang, ou par « simple coloration uniforme, partielle ou générale de la pulpe ramollie, de plus avec « tuméfaction et adhérences aux membranes « dans la plupart des cas où il occupe la superficie du cerveau (p. 22)..... Il y a des « cas cependant où un ramollissement aigu « se montre sans rougeur. Dans ces cas, tantôt on trouve une coloration jaune, tantôt « de la suppuration (p. 76). »

Pour M. Durand-Fardel, le ramollissement aigu est toujours précédé d'une congestion sanguine, suivie d'une infiltration de même nature, qui aboutit enfin à l'inflammation. Il n'admet donc pas que ce ramollissement puisse être blanc à son origine, opinion partagée cependant par un grand nombre de pathologistes. Dans tous les cas où il a rencontré un ramollissement blanc, c'était un ramollissement chronique, qui avait été primitivement aigu. L'auteur accumule, en faveur de son opi-

nion, un grand nombre de preuves, principalement des faits recueillis avec beaucoup de soin.

Le ramollissement chronique, qui ne se manifeste jamais primitivement, qui succède toujours au ramollissement aigu, se présente sous des formes anatomiques bien distinctes, et qu'il est possible de rattacher à des périodes successives. Dans la première période que l'auteur appelle *ramollissement à l'état pulpeux*, ce dernier ne diffère à peu près du ramollissement aigu que par l'absence de rougeur, et consiste comme lui en une simple diminution de consistance du parenchyme nerveux. La deuxième période se montre sous deux formes différentes, suivant que la maladie a son siége dans la couche corticale des circonvolutions ou dans le reste du cerveau. Dans le premier cas, ce sont des *plaques jaunes des circonvolutions*, mollasses au toucher, et cependant difficiles à déchirer, qui caractérisent le ramollissement cérébral. Dans le second cas, ce sont des *infiltrations celluleuses*, formées aux dépens de la trame celluleuse de l'organe infiltrée d'un liquide trouble, qui remplacent la pulpe nerveuse ramollie, en quelque sorte résorbée. Enfin, la troisième période est caractérisée par la *disparition* de la pulpe ramollie, ou plutôt désorganisée, par des déperditions de substance que l'on doit regarder comme le résultat d'une tendance incessante du ramollissement cérébral. C'est la période ultime de la maladie.

Le ramollissement chronique est caractérisé par l'absence de rougeur.

Les symptômes du ramollissement aigu sont rangés par l'auteur en deux groupes bien distincts : phénomènes de diminution et d'affaiblissement, phénomènes d'excitation ou de perversion. Ces deux ordres de symptômes si différents, traduisent cependant également bien la même lésion, la première période du ramollissement ou la congestion sanguine. Comment un même phénomène anatomique, la congestion, peut-il se traduire au dehors sous des formes si différentes ? C'est une de ces nombreuses questions de l'histoire des maladies cérébrales, dont la science contemporaine ne peut encore donner une solution satisfaisante.

Si la congestion cérébrale peut, dès son début, revêtir ces deux formes symptomatiques, qui caractérisent le ramollissement pendant toute la durée de son existence, il est évident que l'on ne pourra plus distinguer le moment précis où celui-ci se produira, où l'inflammation aura succédé la fluxion. Enfin, ajoute M. Durand-Fardel, nous ne pouvons fixer ce qui appartient soit à la congestion primitive, soit au ramollissement consécutif.

Lorsqu'il aborde le diagnostic du ramollissement aigu, l'auteur, partant de cette idée, que les divers groupes symptomatiques que forment les lésions des fonctions cérébrales peuvent s'observer sous les mêmes apparences dans une foule de maladies différentes de l'encéphale, il est facile de prévoir sa conclusion. Il trouve une complète ou presque complète similitude des symptômes entre l'hémorrhagie cérébrale, la méningite et le ramollissement aigu.

Toutes ces considérations sur les symptômes et le diagnostic du ramollissement aigu sont applicables au ramollissement chronique.

Il est un point de l'histoire du ramollissement cérébral, sur lequel il règne une grande incertitude dans la science. Cette maladie est-elle susceptible de guérison ? On ne le croyait pas jusqu'à ces derniers temps. L'auteur accumule preuves sur preuves pour arriver à la démonstration de la curabilité du ramollissement cérébral, qui peut être arrêté dans sa marche, ou laisser après lui un travail de cicatrisation, d'induration ou de transformation.

Les conseils thérapeutiques généraux qu'il donne pour obtenir cette terminaison heureuse sont conformes à son opinion relative à la nature constamment inflammatoire du ramollissement cérébral. Mais l'auteur ne formule point ses prescriptions, il s'arrête ici : « Car, dit-il, pour tracer avec vérité, pour présenter avec certitude l'histoire de la thérapeutique du ramollissement, je ne possède pas encore de matériaux suffisants (p. 500). »

Telles sont les idées principales consignées dans l'ouvrage remarquable de M. Durand-Fardel. Assurément elles ne réuniront pas l'assentiment de tous les pathologistes, quoique l'auteur ait eu grand soin de les appuyer sur un nombre imposant d'observations, recueillies par lui, ou empruntées à ses devanciers. L'interprétation des faits, voilà ce qui séparera encore probablement longtemps notre auteur de plusieurs de ses contemporains. Toutefois, nous espérons que si cet ouvrage ne rallie pas toutes les opinions divergentes à celles de M. Durand-Fardel, on lui concédera néanmoins le mérite d'être plus complet que la plupart des autres travaux antérieurs publiés sur la matière. L'académie de médecine, en couronnant cette œuvre, a encouragé avec juste raison un jeune et laborieux observateur, plein de zèle, à continuer la série de ses recherches destinées à éclairer un sujet, qui jusqu'à présent a été plein de doutes et d'obscurité.

ACADÉMIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 3 octobre.)

M. Boudin rappelle l'attention de l'académie sur la rareté relative de la phthisie et de la fièvre typhoïde au Sénégal et à Madras.

Sur 952 malades admis à l'hôpital Saint-Louis, au Sénégal, du 1er juillet 1837 au 1er juillet 1838, il n'y eut pas un seul cas ni de phthisie ni de fièvre typhoïde. Or, d'après le docteur Thevenot, alors chirurgien en chef de cet hôpital, à qui nous sommes redevables d'une topographie médicale fort estimée de ce pays : la cause principale des maladies de ce pays gît dans le sol alternativement aride et marécageux (*Essai médico-hygiénique sur le sol du Sénégal.—Paris*, 1840).

Aussi, dans ce chiffre de 952 admissions, les fièvres de marais, de divers types, figurent pour les *trois quarts*. Et pourtant le climat du Sénégal, peu favorable à la production des tubercules pulmonaires, n'exclut pas les phlegmasies de l'organe respiratoire, car elles se montrèrent dans la proportion de 1 sur 190.

A Madras, où domine également l'influence marécageuse, sur 17,420 admissions à l'hôpital militaire, en 1841, les fièvres de marais à type intermittent figurent pour un cinquième; les décès par phthisie ont été de 14; on n'en a signalé aucun par la fièvre typhoïde.

Malgré la signification de ces documents, M. Boudin est le premier à reconnaître que le chiffre des phthisiques, dans les hôpitaux militaires, ne peut donner la proportion exacte de la tuberculisation, qu'autant que l'on joint à ce chiffre celui des congés de convalescence, de renvoi et de réforme provoqués par la phthisie.

Il insiste sur la nécessité de ne pas considérer les fièvres intermittentes comme seule et unique expression de l'intoxication marécageuse, laquelle surtout dans les pays chauds revêt souvent le type continu. Il insiste également sur la nécessité de distinguer dans l'année les maladies de marais dues à une intoxication locale de celles qui doivent leur origine à une infection antérieure apportée d'une autre localité, en changeant de garnison.

M. Archambault-Reverdy adresse à l'académie une lettre dans laquelle il combat les propositions de M. Bousquet, et où il proclame de nouveau l'inaltérabilité du vaccin.

(Séance du 10 octobre.)

M. Requin lit un mémoire sur le traitement du rhumatisme aigu articulaire par l'opium à haute dose.

Sans prétendre, avec le peu d'observations qui font la base de ce mémoire, établir une formule infaillible, l'auteur ne veut que présenter quelques inductions, jusqu'à ce que l'expérience générale ait prononcé en dernier ressort.

Rien de plus naturel au premier abord que d'employer l'opium contre une maladie aussi dangereuse ; mais si l'on se borne à la dose ordinaire, il en résulte un assoupissement momentané, interrompu par des réveils en sursaut, qui renouvellent les douleurs des articulations. Aussi généralement l'opium en est-il venu à être proscrit ou tout au plus à être employé tardivement dans le rhumatisme aigu. Cependant le docteur Corrigan avait vanté les bons effets de l'opium à haute dose, contre cette maladie, dans un mémoire publié en 1839.

S'appuyant sur ces premiers essais, M. Requin est arrivé au traitement suivant :

Point de saignées; pour médicament unique, extrait gommeux d'opium en pilules de 5 centigrammes : commencer par une le matin et une le soir; augmenter d'une tous les jours jusqu'à l'apaisement des douleurs. Maintenir ou diminuer la dose selon que la maladie reste stationnaire ou diminue; ne cesser l'opium qu'avec la cessation des douleurs.

Voici les principaux résultats des dix-huit observations recueillies par l'auteur. Le maximum de la dose d'opium n'a jamais dépassé sept pilules (35 *centigrammes d'extrait aqueux d'opium*). Il n'y a jamais eu d'accidents sérieux.

La moyenne de la durée du traitement a été de onze jours et demi ; la moyenne de la durée totale de la maladie 17 jours et demi.

(Séance du 17 octobre.)

M. Ségalas fait un rapport sur quelques observations communiquées par M. le docteur Pergros, de Marines (Seine-et-Oise). La plus intéressante est celle d'un cas d'inoculation de virus rabique, qui aurait eu lieu, au dire de l'auteur, sans morsure aucune.

Un jeune homme, ignorant que son chien fût enragé, introduisit la main dans sa gueule, pour lui faire prendre du miel. Le chien fut tué à son insu ; et ce jeune homme n'eut par conséquent aucun sujet d'appréhension. Un mois après, il ressentit tout à coup à la main des douleurs violentes s'irradiant au bras, et jusqu'à la région thoracique. De ce moment se déclarèrent tous les accidents de la rage, à laquelle l'infortuné ne tarda pas à succomber.

Une discussion s'engage sur cette observation; et MM. Baffos et Castel font observer que le médecin ayant constaté sur la main du

jeune homme des cicatrices récentes, on doit plutôt se rendre compte de l'inoculation par des écorchures existant à la même époque, qu'établir, comme le fait l'auteur, que le virus a pénétré à travers la peau intacte.

M. le docteur Blatin présente un appareil qui est destiné à la réfrigération de la tête. Il consiste en une espèce de bonnet à doubles parois en membranes de vessie qui enveloppe la tête. Au moyen d'un siphon et d'un tuyau de décharge, on peut faire circuler par jour 400 litres d'eau sans cesse renouvelée.

La vessie, qui sert à former l'appareil, est rendue imperméable et imputrescible au moyen d'un tannage particulier.

(Séance du 17 octobre.)

Encore le rhumatisme aigu articulaire. M. Martin-Solon a entrepris de le combattre par le nitrate de potasse à haute dose. Il donne le médicament à la dose de 15 à 60 grammes dans les 24 heures, en le faisant dissoudre dans de la limonade, ou dans une infusion légèrement aromatique; la quantité du sel est divisée dans plusieurs litres de tisane, de manière que chacun d'eux ne contienne jamais plus de 10 grammes. On augmente ou l'on diminue les doses suivant la marche de la maladie; on ne le cesse que quand les douleurs articulaires sont entièrement dissipées.

Trente-trois malades ont été soumis à ce traitement, commencé en 1840; 25 hommes et 8 femmes. Tous, excepté un, étaient dans la force de l'âge. 21 prirent le nitrate du 2e au 6e jour de leur maladie, et les 12 autres du 7e au 15e jour. 20 malades guérirent du 3e au 7e jour (la dose du nitrate de potasse ne dépassa pas 20 grammes pour 15 d'entre eux), 11 du 8e au 10e et 2 du 11e au 15e.

Chez 27, la maladie cessa de faire des progrès dès que le traitement fut commencé. Chez les six autres, quelques articulations nouvelles devinrent douloureuses, mais faiblement. On compte seulement 5 rechutes qui cédèrent promptement à l'usage du nitrate. 5 malades ont commencé l'usage du nitrate de potasse à la dose de 15 à 20 grammes; 9 à la dose de 20 à 30; 18 à celle de 30 à 40; et enfin deux ont pris au début du traitement 40 à 50 grammes de sel. 17 malades n'ont pas dépassé 30 grammes de cette substance; 5 sont arrivés à 40; 1 a atteint 50; et 2 en ont pris jusqu'à 60 grammes.

Le nitrate de potasse a été employé seul chez 26 malades. Quant aux autres, 3 avaient été saignés avant l'emploi du médicament; un autre eut d'abondantes épistaxis, pendant le traitement, leur maladie a dépassé la moyenne ordinaire ; 3 autres ont été saignés en commençant l'usage du nitrate; ils ont guéri du 3e au 7e jour.

Le nitrate de potasse a paru ralentir peu à peu la circulation. 10 malades ont eu des sueurs abondantes; mais doit-on lui rapporter un phénomène si commun chez les rhumatisants? La sécrétion urinaire n'a été augmentée sensiblement que dans 5 cas. Mais le nitrate de potasse a été retrouvé dans les urines chaque fois qu'il a été cherché.

Chez 24 malades le nitrate de potasse n'a produit aucun effet marqué sur l'appareil digestif; il a déterminé chez 9 autres des nausées, des vomissements, et la diarrhée chez plusieurs. Chez tous l'appétit est revenu promptement.

L'auteur croit avoir, en outre, reconnu, dans plusieurs expériences, que le sang des malades soumis à l'usage du nitrate de potasse offrait une couenne plus prononcée que chez des rhumatisants traités par les seules émissions sanguines.

M. Villeneuve lit un long rapport sur un mémoire de M. Guéprat, chirurgien de marine à Brest, relatif au mal de mer.

Pour M. Guéprat, la seule cause du phénomène est la peur qu'inspire la mer; cette affection, d'ailleurs, n'est pas exclusive aux navigateurs ; on l'éprouve pendant l'ascension sur les montagnes, alors qu'on est sur le bord d'un précipice. On la ressent également dans les balancements de l'escarpolette. L'auteur, pour combattre le mal, veut d'abord que les malades soient rassurés, qu'ils se couchent et ferment les yeux. L'usage d'une ceinture lui a paru utile. Il a trouvé les bonbons de Malte inefficaces. Le rapporteur combat l'opinion que M. Guéprat s'est formée sur le mal de mer. M. Rochoux, en la repoussant également, dit que plusieurs animaux, par exemple les canards et les poules, sont sujets au mal de mer.

M. Trousseau lit un mémoire sur la paracentèse de la poitrine dans la période extrême de la pleurésie aiguë.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 2 octobre.)

M. Parchappe adresse un mémoire destiné à combattre l'opinion que M. Moreau de Jonès avait cherchée à accréditer sur la prédominance des causes physiques dans la génération de la folie. Partisan de la prédominance des causes morales, M. Parchappe pense que les faits sur lesquels s'est appuyé le défenseur de l'opinion contraire, ne contiennent pas l'induction qui en a été tirée, et que la détermination des causes manque d'exactitude et de rigueur. En effet, parmi les causes dénommées dans le travail de M. Moreau de Jonès se trouvent l'idiotisme et l'épilepsie. Dès lors il est évident que se trouvent confondues

trois affections fort différentes, l'idiotisme, l'épilepsie et l'aliénation mentale proprement dite; et qu'en outre on a rangé parmi les causes deux maladies qui n'ont d'autres rapport avec la folie que l'affaiblissement de la raison, mais qui ont leurs types spéciaux.

L'*irritation excessive* rangée parmi les causes physiques, est-elle véritablement une cause? Si c'en est une, n'appartient-elle pas mieux encore aux causes morales?

Dans les causes morales ne se trouvent comprises ni la joie, ni la frayeur, ni la colère, qui sont pourtant des causes de la folie assez importantes.

Les faits que M. Moreau de Jonès a eus à sa disposition résultent des documents fournis annuellement par les médecins des asiles d'aliénés. Dans les tableaux que les médecins ont à remplir, l'idiotisme et l'épilepsie sont en effet rangés parmi les causes de l'aliénation mentale. Mais si on retranche ces prétendus causes ainsi que l'irritation excessive, on retrouve des chiffres qui indiquent la prédominance des causes morales.

VARIÉTÉS.

— Une affaire des plus graves excite en ce moment une vive agitation dans le monde médical, et exige que nous en disions quelques mots. Un orthopédiste fort connu, M. J. Guérin, ayant publié il y a quatre mois un relevé statistique de son service à l'hôpital des enfants, les succès annoncés dans ce document se trouvèrent d'une nature telle, qu'ils furent accueillis tout d'abord avec la plus complète incrédulité. Une controverse assez prolongée eut lieu; et entre autres les deux journaux les plus compétents en pareille matière, le *Journal de Chirurgie* et les *Annales de Chirurgie*, après avoir discuté la question, conclurent que, pour quelques-unes au moins de ses guérisons, M. Guérin *s'était trompé*. Rien de plus, rien de moins; et comme on le voit, cela était des plus modestes. Ainsi n'en a pas jugé M. Guérin, qui a poursuivi les deux rédacteurs en police correctionnelle.

Nous n'avons pas à juger la question de la réalité de ces cures orthopédiques; mais il nous appartient de juger la façon d'agir de M. Guérin. Or, nous le dirons nettement et sans réserve; jamais rien de pareil n'avait été tenté jusqu'ici contre le droit de libre discussion; et si par impossible la plainte de M. Guérin était admise, c'en serait fait de toute critique; pas un journal sérieux ne pourrait subsister. Aussi il est difficile de rendre l'impression causée par ces tristes poursuites. Une déclaration de principes tendant à défendre la liberté de discussion a été en quelques jours couverte de signatures; à Paris, seulement, on en compte déjà plusieurs centaines, et chaque jour en amène de nouvelles de la province; la société de chirurgie de Paris a adopté la déclaration et a fait appel à toutes les sociétés savantes; la presse médicale parisienne, représentée par les rédacteurs en chef de quinze journaux, non compris les journaux attaqués, a publié sa protestation spéciale; enfin, les internes des hôpitaux de Paris, pépinière féconde de praticiens distingués, ont protesté à leur tour, *et pour le présent et pour l'avenir*. C'est en quelque sorte une levée en masse, et dont l'histoire de la médecine n'offrirait peut-être pas d'autre exemple.

—La Faculté de médecine a fait sa rentrée le 3 novembre. M. Royer-Collard a prononcé le discours d'usage dans lequel on a surtout applaudi une attaque contre le scepticisme, faite en termes aussi fermes que convenables.

—Cette année, MM. les professeurs Fouquier et Duméril sont remplacés par MM. Gouraud et Legroux, agrégés.

—Hier, 4 novembre, s'est ouvert à la Faculté de médecine le concours pour la chaire de physique vacante par la retraite de M. le professeur Pelletan. Le mérite des candidats nous fait espérer une lutte brillante et une nomination digne de l'école de Paris.

Errata.—C'est par erreur que dans le n° d'octobre nous avons indiqué la Société médicale d'observation comme ayant fait une démarche près de M. le préfet, pour obtenir l'exhumation des restes de Bichat. Il s'agissait de la Société d'émulation, qui compte ce grand homme parmi ses fondateurs.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°, Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue Mazarine, n° 32.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.,
Rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

# JOURNAL DE MÉDECINE.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

CLINIQUE MÉDICALE, **M. FOUQUIER**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, premier médecin du Roi ;

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, **M. TROUSSEAU**, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris :

PATHOLOGIE MÉDICALE, **MM. BEAU, FLEURY, GILLETTE, TANQUEREL DES PLANCHES.**

Rédacteur en chef, M. BEAU,

MÉDECIN DES HÔPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

DÉCEMBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Études cliniques sur les maladies des vieillards ;

par **J.-H.-S. BEAU**, *médecin du Bureau central.* (3e article.)

Malgré les progrès incontestables que le diagnostic des maladies de poitrine a fait dans ces dernières années, il faut continuer d'admettre des pneumonies *latentes.* On doit donner ce nom aux pneumonies qui ne sont signalées à l'attention du médecin par aucun symptôme physiologique suffisant ; dans ces sortes de pneumonies il n'y a ni toux, ni douleur pleurétique, ni surtout crachats pneumoniques. Le médecin n'étant pas porté par l'existence des symptômes précédents à pratiquer l'auscultation ni la percussion, il en résulte que la pneumonie passe complétement inaperçue.

Par opposition à la pneumonie *latente*, on doit, ce me semble, reconnaître une forme *apparente* de pneumonie ; c'est la *pneumonie aiguë* proprement dite, la *pneumonie franche*, etc. La pneumonie *apparente* est démontrée au médecin par des symptômes rationnels qui ont une valeur caractéristique ; ce sont, en première ligne, les crachats pneumoniques, puis viennent la toux, la douleur pleurétique, etc. Ces signes annoncent, d'une manière à peu près certaine, qu'on a affaire à une pneumonie ; ils indiquent pour ainsi dire l'emploi de la percussion et de l'auscultation, et ce n'est qu'après avoir complété le diagnos-

tic par la pratique de ces deux méthodes d'investigation, que l'on connaît précisément le siége, l'étendue et le degré de l'inflammation pulmonaire.

Cette distinction de la pneumonie me paraît importante; car, admettre des pneumonies *apparentes* c'est reconnaître implicitement que toutes ne le sont pas, c'est donner par conséquent plus de réalité aux pneumonies *latentes*. Or, il n'est pas indifférent de signaler vivement ces dernières à l'attention des cliniciens; car, une fois qu'on sera bien pénétré de leur fréquence, on pensera de bonne heure à les reconnaître à l'aide des moyens d'exploration physique, dans tous les cas où de la fièvre, de la dyspnée, un simple malaise, etc., pourront faire soupçonner une inflammation cachée de la substance pulmonaire. C'est surtout dans la clinique des vieillards que la distinction précédente me paraît amplement légitimée, par la répétition continuelle des deux formes *apparente* et *latente* de la pneumonie.

Jusqu'à présent nous savons que la pneumonie apparente, est caractérisée surtout par des crachats rouillés ou pneumoniques; tandis que dans la forme latente une semblable expectoration n'existe pas. Or, l'auscultation vient rendre raison de cette différence d'expectoration dans les deux formes de la pneumonie.

C'est ainsi que, dans la pneumonie apparente, on observe des râles sous-crépitants au début de la pneumonie, ou quand le souffle tubaire disparaît soit momentanément (comme nous savons que cela arrive habituellement dans la pneumonie des vieillards), soit définitivement quand le malade est sur le point d'entrer franchement en convalescence; tandis que dans la pneumonie latente, on n'observe jamais un râle sous-crépitant, avant, pendant ou après l'existence du souffle tubaire.

Il y a, comme je viens de le dire, accord parfait entre ce résultat d'auscultation et les symptômes offerts par l'expectoration. En effet, dans la pneumonie apparente il y a expectoration d'une matière sécrétée par l'inflammation pulmonaire, et l'auscultation dénote la présence de cette matière dans les voies bronchiques, au moyen des râles crépitants humides, quand l'hépatisation est remplacée par l'état d'engouement; dans la pneumonie latente, il n'y a ni matières pneumoniques dans les voies bronchiques, ni par conséquent râles crépitants humides lorsque l'hépatisation se résout. Tout cela est parfaitement simple et rationnel.

Bien que les limites de ce travail m'empêchent d'appuyer toutes les propositions que j'émets par des observations, je ne puis m'empêcher de produire le fait suivant de pneumonie latente; il ne contient que les détails les plus importants pour la démonstration de ce que j'ai avancé plus haut; le voici tel que je le trouve consigné dans mes notes :

Une femme de 74 ans, couchée au nº 1 de la salle Saint-Jacques (service de M. Prus que je remplaçais momentanément), est affectée de fièvre, soif, anorexie depuis le 16 octobre 1842, jour de son entrée à l'infirmerie.

Le 17, on examine la poitrine avec le plus grand soin, on ne trouve rien d'anormal à l'auscultation ni à la percussion. La fièvre persiste.

Le 18, on trouve sur l'angle inférieur de l'omoplate droit un souffle très limité qui s'entend à l'expiration seulement.

Le 19, le souffle est toujours très limité, mais il s'entend à l'inspiration comme à l'expiration. Il y a de la matité au point où il existe. (Vésicatoire sur le siége du mal.)

Le 20, la matité et le souffle ont disparu complètement. Le souffle est remplacé par du murmure vésiculaire.

Le 22, la matité et le souffle ont reparu dans le même point et au même degré où ils étaient le 19 (saignée). La saignée n'est pas couenneuse, et pourtant le sang a bien coulé. Le soir du 22, M. Caron, interne du service de M. Prus, trouve que le souffle et la matité ont complètement disparu; le souffle est remplacé par du murmure vésiculaire.

Le 23, il y a du souffle à l'expiration seulement, comme le 18.

Le 25, le souffle reparaît aux deux temps, accompagné de matité (la faiblesse extrême de la malade m'empêche de la saigner).

Le 26, la matité a disparu, le murmure vésiculaire a remplacé complétement le souffle tubaire.

Le 30, l'amélioration signalée le 26 se soutient, il n'y a plus de fièvre. La malade est décidément guérie.

Voilà une observation dans laquelle l'inflammation pulmonaire a présenté d'une manière remarquable ces variations quotidiennes qui caractérisent la marche de la pneumonie des vieillards, soit latente, soit apparente. Et pourtant, ni dans le commencement de la pneumonie, ni dans ses intermittences, ni dans son déclin, nous n'avons jamais entendu la moindre bulle de râle crépitant. Notons aussi qu'il n'y a eu non plus ici, pendant toute la durée de cette affection, ni toux, ni expectoration, ni point pleurétique.

Il me serait facile de montrer qu'il est impossible d'interpréter les signes d'auscultation et de percussion observés dans le fait précédent, sans admettre une hépatisation intermittente ; mais je préfère rapporter un autre fait à peu près semblable dans lequel l'autopsie a permis de constater la réalité de l'inflammation pulmonaire. Je le présenterai plus tard, car je dois m'en servir en sus pour démontrer un autre point important de pathologie sénile.

Les formes de pneumonie latente ne sont pas toujours aussi tranchées ni aussi pures que celles que je viens de rapporter. C'est ainsi que dans certains cas il y a de la toux ; mais la toux est sèche et tout à fait semblable à celle qui s'observe dans la pleurésie. D'autres fois la toux s'accompagne d'expectoration ; mais les matières expectorées n'ont aucun caractère pneumonique et résultent évidemment d'un catarrhe bronchique qui coïncide avec la pneumonie latente ; dans ce cas il y a des râles sous-crépitants disséminés çà et là dans tous les points affectés par le catarrhe.

Enfin, on trouve quelques cas rares de pneumonies latentes avec râle crépitant ; mais ce râle ne ressemble pas au crépitant humide ou sous-crépitant, car il est extrêmement sec et fin ; c'est le râle crépitant sec dans toute sa pureté ; on l'observe au début de la pneumonie ; il est assez éphémère, et il ne s'accompagne jamais de crachats pneumoniques ; il n'est jamais non plus remplacé par le râle sous-crépitant de retour quand l'hépatisation disparaît avec le souffle tubaire. Cette absence de crachats pneumoniques, observée dans les cas de pneumonie latente où l'on perçoit néanmoins du râle crépitant sec au début de l'inflammation pulmonaire, me fait insister sur une opinion que j'ai émise il y a déjà quelques années (*Etudes cliniques sur les bruits respiratoires*, Archiv., août 1840, pag. 407), c'est que le mode de production du râle crépitant sec n'est pas le même que celui du râle crépitant humide. Le râle crépitant humide est produit par la présence de matières contenues dans les vésicules pulmonaires ou dans les rameaux réellement capillaires des bronches ; tandis que le râle crépitant sec dépend d'une sorte de dessèchement, qui affecte les vésicules au début de l'inflammation, et qui fait qu'elles ne peuvent pas se déployer dans l'inspiration sans donner lieu à une crépitation très fine et très sèche. Quelquefois ce dessèchement peut exister dans la plèvre sus-jacente à l'inflammation pulmonaire commençante, et peut déterminer, ainsi que M. Tessier l'a établi dernièrement, un râle crépitant sec qui est alors le résultat immédiat de la pleurésie.

Ces différentes restrictions dans l'étude des symptômes de la pneumonie latente étaient nécessaires pour qu'on ne confondît pas ses caractères accessoires avec ses caractères pathognomoniques qui sont négatifs, et qui consistent dans l'absence complète de râles crépitants humides et d'expectoration de matières pneumoniques ; au contraire, ces deux symptômes se rencontrent ensemble dans la pneumonie apparente, et en constituent par leur présence le caractère essentiel.

Cette différence fondamentale dans les symptômes des pneumonies apparente et latente me semble apporter une grande lumière sur le siége précis qu'affecte l'inflammation dans ces deux formes de pneumonie. En effet, si dans la pneumonie apparente

il y a tout à la fois expectoration de matières pneumoniques, et râle crépitant déterminé par la présence de ces matières dans le poumon, c'est que le dépôt des résultats matériels de l'inflammation se fait surtout dans les voies aériennes de la substance pulmonaire; au contraire, l'absence de l'expectoration pneumonique et du râle crépitant humide, qui s'observe comme caractère négatif de la pneumonie latente, démontre suffisamment que, dans cette forme de pneumonie, le dépôt des produits inflammatoires se trouve placé hors des voies aériennes du poumon. Par conséquent la pneumonie latente serait extra-vésiculaire, et la pneumonie apparente serait intra-vésiculaire.

MM. Hourmann et Dechambre (ibidem, mars 1836) admettent aussi que l'inflammation pulmonaire affecte tantôt l'intérieur des vésicules, tantôt le tissu interstitiel qui les sépare. Ces observateurs sont partis de l'anatomie pathologique pour établir cette distinction, et ils reconnaissent dans les deux cas des altérations anatomiques différentes. C'est ainsi que, d'après eux, la pneumonie qui siége dans l'intérieur des vésicules, est caractérisée par un tissu *granulé*, tandis que celle qui est placée hors des vésicules se présente sous l'aspect d'un tissu *planiforme*.

Il y a à ce sujet deux points à examiner, un de théorie et l'autre de fait: 1° en théorie, il faudrait que l'existence des vésicules fût parfaitement établie pour qu'on pût démontrer par l'inspection directe que la lésion pulmonaire siége en dedans des vésicules. Or, la réalité des vésicules est très contestée. Mais enfin, supposons ces vésicules réellement existantes; comment décidera-t-on si le point granulé siége en dedans ou en dehors de la vésicule, quand on réfléchit aux difficultés insurmontables que l'on éprouve souvent quand, par exemple, on veut savoir si une tumeur très volumineuse est placée en dehors ou en dedans de la plèvre, du péritoine, etc.; 2° En fait, le tissu pulmonaire enflammé se présente effectivement, tantôt sous forme *granulée*, tantôt à l'état *planiforme*; mais je ne vois pas dans cette différence de texture une différence fondamentale de siége pour la pneumonie. Je regarde l'état *planiforme*, comme le degré le plus avancé de l'inflammation pulmonaire, dont l'état *granulé* forme la période de moyenne intensité. Quand l'inflammation pulmonaire est portée à un haut degré, que le pus est largement infiltré dans la substance pulmonaire, la granulation qui caractérise l'hépatisation n'existe plus pour ainsi dire. On pourrait dès lors, et particulièrement chez les vieillards, admettre 4 degrés dans l'inflammation pulmonaire : 1° engouement; 2° hépatisation rouge granulée; 3° hépatisation grise granulée; 4° *hépatisation* grise sans granulation ou état *planiforme*. Ces quatre degrés d'altération s'observent quelquefois tous réunis sur le même poumon; il est alors facile de voir que les granulations ne sont plus visibles là où l'infiltration purulente est considérable.

Mais ce qui prouve par-dessus tout que la division anatomique de MM. Hourmann et Dechambre n'est pas bien positive et qu'elle ne distingue pas nettement les pneumonies intra-vésiculaires et extra-vésiculaires, c'est que leurs pneumonies *granulées* et *planiformes* ne répondent pas chacune à des symptômes distincts: « La pneumonie *inter-vésiculaire*, disent-ils, ne paraît pas devoir se distinguer de la pneumonie *vésiculaire* par les symptômes généraux plus que par les troubles locaux » (ibidem, octobre, pag. 173). Cependant il est clair que si la pneumonie *granulée* de MM. Hourmann et Dechambre représentait la pneumonie intra-vésiculaire, elle devait être caractérisée pendant la vie par une expectoration de crachats pneumoniques et des râles sous-crépitants, tandis que leur pneumonie *planiforme*, qui pour eux est une pneumonie extra-vésiculaire, devrait au contraire exister sans donner lieu à aucun produit intra-vésiculaire, sans être par conséquent, accompagnée de râles crépitants ni de crachats pneumoniques.

Les recherches auxquelles je me suis livré sur ce point d'anatomie pathologique ne m'ont rien appris de concluant. J'en suis donc à trouver des caractères anatomiques précis qui séparent entre elles les pneumonies apparentes ou intra-vésiculaires et les pneumonies latentes ou extra-vésiculaires, d'une manière aussi positive que les résultats de l'expectoration et de l'auscultation les séparent pendant la vie.

Mais les crachats pneumoniques et les râles sous-crépitants ne sont pas les seuls caractères séméiologiques qui, par leur présence ou leur absence, distinguent les deux formes précédentes de pneumonie. Il en est encore d'autres qui, bien que n'ayant pas une valeur aussi fondamentale, n'en méritent pas moins de fixer l'attention. Voici l'ensemble des circonstances pathologiques qui se montrent *ordinairement* réunies dans le cours des pneumonies latente et apparente, et qui servent par conséquent à les caractériser.

La pneumonie *apparente* ou *intra-vésiculaire* est occasionnée par un refroidissement qui survient dans l'état de santé. Elle débute par un frisson ou des frissonnements. Elle siége sur les lobes inférieurs. Elle s'accompagne de point de côté, et de crachats pneumoniques. Elle occupe bientôt une étendue assez considérable. Quand le souffle disparaît soit momentanément, soit définitivement, il fait place au râle sous-crépitant. Le sang tiré de la veine est très couenneux. Le pronostic est grave; le malade périt souvent suffoqué par l'abondance des crachats qu'il n'a pas la force d'expectorer.

La pneumonie *latente* ou *extra-vésiculaire* affecte les individus qui sont alités et qui ont la fièvre. Elle débute d'une manière très insidieuse, sans frissonnements ni autre symptôme qui l'annonce. Elle siége souvent sur les lobes supérieurs. Elle existe sans point de côté et sans crachats pneumoniques. La respiration est beaucoup moins anxieuse que dans la précédente; elle n'est du reste jamais plaintive dans l'une ni dans l'autre (1). Elle conserve assez longtemps une étendue très peu considérable; c'est ainsi que le souffle tubaire qui en résulte s'entend à peine dans le diamètre d'une pièce de cinq francs. Dans les intermittences qu'elle subit, et à la cessation définitive de l'hépatisation, on n'entend jamais de râles sous-crépitants. Les intermittences que lui imprime le traitement sont plus nombreuses que celles que l'on observe dans la pneumonie apparente. Le sang tiré de la veine peut ne pas être couenneux. Le pronostic en est moins grave que celui de la pneumonie apparente; on n'a pas à redouter l'asphyxie produite par la difficulté d'expectoration des matières pneumoniques. Quelquefois on *jugule* cette pneumonie dans l'espace de 24 heures, non pas d'une manière éphémère, mais pour toujours; ce résultat avantageux ne s'observe guère dans la pneumonie apparente.

Tels sont les caractères pathologiques qui séparent les pneumonies apparente et latente. Je dois ajouter que quelquefois elles se combinent ensemble. Ainsi, un individu est atteint d'une pneumonie apparente ou extra-vésiculaire; il y a chez lui point de côté, crachats pneumoniques, râle crépitant humide, etc. Au bout de quelques jours on constate une pneumonie de l'autre côté; eh bien, habituellement cette seconde pneumonie est latente ou extra-vésiculaire. M. Grisolle a observé que, dans ce cas, la nouvelle pneumonie n'est pas annoncée par une douleur pleurétique dans le côté affecté; cette observation est juste, mais on peut ajouter que la seconde pneumonie n'est accompagnée souvent ni de râles sous-crépitants, ni d'une augmentation dans l'abondance des crachats pneumoniques fournis par la première pneumonie.

D'autres fois il arrive qu'une pneumonie débute avec tous les caractères de la forme apparente ou intra-vésiculaire. Il y a douleur pleurétique, crachats pneumoniques, râles sous-crépitants, etc.; cette pneumonie subit une de ces intermittences si ordinaires chez les vieillards; puis quand elle réapparaît, elle ne s'accompagne plus ni de râles sous-crépitants ni de crachats pneumoniques. On observe, conjointement avec de la matité, un souffle tubaire qui est remplacé immédiatement par du murmure vésiculaire, quand arrive la résolution. En un mot, la pneumonie qui avait débuté par la forme apparente ou intra-vésiculaire, réapparaît et se termine sous la forme latente ou extra-vésiculaire. J'ai fait observer dernièrement un cas de ce genre aux élèves du service de M. Piorry à la Pitié, pendant un remplacement momentané que j'y ai fait; le sujet de l'observation était un vieillard de 68 ans.

(1) La plainte, qui s'observe si souvent dans les affections fébriles de la jeunesse et surtout de l'enfance, est fort rare dans celles de la vieillesse.

Toutefois, il est bien important de ne pas confondre avec la combinaison précédente, ces pneumonies apparentes dans lesquelles il y a tout à coup suppression de l'expectoration, et asphyxie par la matière des crachats. M. le professeur Piorry, qui a signalé cette terminaison fâcheuse de la pneumonie, fait remarquer qu'il y a alors augmentation considérable de la dyspnée, et présence de râles nombreux à grosses bulles dans l'arbre bronchique. Or, on n'observe rien de semblable, quand la pneumonie apparente se transforme en pneumonie latente.

La pneumonie latente ou extra-vésiculaire est plus commune chez les vieillards que la pneumonie apparente ou intra-vésiculaire ; elle est aussi moins grave que cette dernière. Chez les adultes la pneumonie apparente est beaucoup plus commune que celle qui est latente.

Ces deux formes de pneumonie peuvent se compliquer d'adynamie. Cependant, je dois dire qu'on a beaucoup exagéré la fréquence et l'intensité de l'adynamie dans la pneumonie des vieillards. Je pense même que, dans l'âge adulte, la pneumonie est plus fréquemment adynamique que dans la vieillesse. En effet, la prostration des forces ou l'adynamie dans la pneumonie des adultes est souvent portée à ce point que l'individu affecté ne peut pas se tenir seul sur son séant, et qu'il a besoin d'être soutenu pour que l'on pratique l'auscultation et la percussion. Or, chez le vieillard atteint de pneumonie, la prostration des forces est rarement aussi considérable ; le malade se tient presque toujours assis quand on fait l'examen de sa poitrine. L'adynamie du vieillard n'est donc pas réelle, bien que sa face l'exprime à un haut degré.

La pleurésie simple ou non compliquée, est une affection beaucoup plus rare et beaucoup plus grave chez les vieilles femmes (1) que chez les adultes. L'épanchement pleurétique n'est jamais considérable ; néanmoins, jusqu'à présent je n'en ai vu résorber aucun, sur cinq que j'ai observés libres de toutes complications ; toujours le malade a fini par y succomber. La pleurésie des vieillards reste donc complétement en dehors de cette loi de M. Louis, que la pleurésie non compliquée n'entraîne jamais la mort.

On croit généralement que l'investigation séméiologique du cœur, au moyen de l'auscultation, donne des résultats beaucoup moins certains chez le vieillard que chez l'adulte ; or, cette opinion que j'ai moi-même partagée, n'est rien moins que fondée.

C'est ce que je m'en vais établir, après avoir exposé en peu de mots l'état de nos connaissances en ce qui concerne l'auscultation des affections organiques du cœur chez l'adulte.

Les affections dites organiques du cœur se réduisent à peu près à l'hypertrophie, à la dilatation et aux altérations diverses des orifices. Ces affections peuvent coexister toutes ensemble ; quelquefois elles sont au contraire parfaitement isolées. Examinons-les à l'état d'isolement.

1° L'hypertrophie a, dit-on, pour signes d'auscultation, des bruits normaux sourds, presque nuls, et quelquefois des bruits anormaux. Or, ces caractères séméiologiques des bruits du cœur ne sont pas tellement inhérents à l'hypertrophie cardiaque, que souvent l'hypertrophie n'existe sans eux, et que d'autres fois ces modifications des bruits n'existent sans hypertrophie. Cette incertitude de diagnostic se rencontre chez les adultes ; il n'y a dès lors rien d'étonnant à ce qu'elle se trouve aussi chez les vieillards.

2° Même embarras, quand il s'agit de reconnaître la dilatation des cavités du cœur. La clarté des bruits normaux et quelquefois l'existence des bruits anormaux, qu'on regarde comme les caractères que l'auscultation fournit dans le diagnostic de la dilatation cardiaque, induisent bien souvent en erreur chez les adultes. Or, il en est absolument de même dans la clinique des vieillards.

---

(1) D'après une communication de M. Prus, la pleurésie est beaucoup moins rare chez les vieillards (hommes) que chez les vieilles femmes.

3° Quant aux altérations des orifices, il est important de les distinguer en deux espèces très différentes pour le diagnostic, les altérations anatomiques et les altérations fonctionnelles. Les altérations anatomiques des valvules qui consistent en rugosités, ossifications, épaississement, etc., ne donnent lieu à aucuns bruits anormaux, quand elles ne sont pas assez considérables pour exercer une influence matérielle sur le passage du sang. Hope a prétendu à tort le contraire contre M. Bouillaud. Les altérations anatomiques pures sont très communes chez les vieillards; on les rencontre aux autopsies sans les avoir annoncées pendant la vie; or, cette incertitude n'est pas exclusive à la séméiologie des vieillards, puisqu'elle se trouve dans celle des adultes.

Les altérations fonctionnelles des valvules existent, quand les lésions anatomiques dont nous venons de parler sont portées au point d'exercer une influence matérielle sur le passage du sang aux orifices, soit que le sang ait de la peine à franchir l'orifice (rétrécissement), soit qu'après l'avoir franchi il rentre dans la cavité par suite d'un défaut de coïncidence des valvules (insuffisance). Le diagnostic des altérations fonctionnelles des valvules au moyen de l'auscultation, ne peut plus être comparé sous le rapport de la certitude avec celui des lésions anatomiques pures, non plus qu'avec celui de l'hypertrophie et de la dilatation. Il constitue la partie réellement brillante de l'application de l'auscultation aux affections du cœur; et sous ce rapport il peut figurer à côté des signes dont l'auscultation a enrichi la séméiologie des maladies du poumon.

Cette certitude de diagnostic fournie par l'auscultation dans les altérations fonctionnelles des valvules, existe dans la clinique des vieillards tout comme dans celle des adultes. Nous ajouterons que les altérations fonctionnelles des valvules sont beaucoup plus rares à la Salpêtrière que leurs altérations anatomiques pures. J'ai fait seulement cinq autopsies de personnes mortes avec des rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Cette lésion fonctionnelle a été reconnue dans tous ces cas, par un signe que j'ai fait connaître en 1841, et que M. Fauvel a confirmé par ses observations, savoir : un bruit anormal qui précède et qui couvre le premier bruit normal. J'ai rencontré un seul cas de rétrécissement ventriculo-artériel libre de toute insuffisance. Il y a eu six insuffisances aortiques observées dans les salles, mais les malades qui en étaient affectés n'ont pas succombé.

A propos de l'insuffisance aortique, je dois dire que souvent, chez le vieillard, la coïncidence des valvules n'est pas assez parfaite pour empêcher que dans l'expérience que l'on pratique *ad hoc*, il ne reflue un léger filet d'eau de l'aorte dans le ventricule; et pourtant cette insuffisance légère n'est annoncée par aucun bruit pendant la vie. L'absence complète de bruits anormaux tient ici au peu de volume du liquide qui reflue; il ne faut pas voir là un argument contre l'incertitude de l'auscultation; c'est comme si l'on voulait nier les bruits des artères, parce que ces bruits n existent jamais dans les artères d'un petit calibre telles que la temporale, la faciale, etc. Il faut pour les bruits des artères comme pour ceux de l'insuffisance, que le volume du liquide qui produit le bruit ait un certain diamètre. C'est M. Neucourt, interne de mon service en 1842, qui a reconnu l'existence de ces légères insuffisances dans un grand nombre de cas. (*Archives*, septembre 1843.)

On voit souvent des vieillards, affectés de rétrécissements des orifices, qui ne se plaignent que de dyspnée et de palpitations. Ils ont, du reste, bon appétit, bon teint, dorment bien, et ne présentent aucune apparence d'hydropisie. Ces cas sont au moins aussi communs que ceux qui se compliquent d'hydropisie. Il ne faudrait pas croire qu'ils sont propres à la vieillesse; pendant un remplacement que j'ai fait à la Pitié dernièrement, j'ai fait remarquer aux élèves deux jeunes gens de 25 à 30 ans qui présentaient tous les signes physiques des rétrécissements d'orifices, et qui pourtant n'avaient ni le facies ni l'habitude extérieure qu'on prête classiquement aux malades atteints de rétrécissements. Ces jeunes gens se plaignaient seulement de dyspnée et de palpitations pendant la marche.

La péricardite aiguë doit être rare dans la vieillesse, puisque je n'en ai pas observé un seul cas depuis que je suis à la Salpêtrière. Les symptômes rationnels de cette affection, quand on les rencontre chez les vieillards, sont liés ordinairement à la présence de concrétions polypeuses dans le cœur; c'est ainsi que j'en ai noté trois observations. L'affection débutait subitement par une anxiété profonde, une grande dyspnée avec état puéril du murmure vésiculaire, de l'altération dans les traits, de l'irrégularité et de la petitesse dans le pouls et dans les bruits normaux du cœur. La maladie se terminait par la mort après quelques jours de durée, et à l'autopsie on trouvait une concrétion sanguine décolorée, petite, et d'une texture plus ou moins fibreuse suivant la date de sa formation. Deux fois j'ai vu, ainsi que M. Bouillaud nous l'a appris, la mort survenir brusquement à la suite de concrétions sanguines formées dans le cours de la pneumonie. Les malades éprouvèrent tout à coup une vive anxiété de l'altération de la face, et de l'orthopnée; ensuite le cœur fut trouvé rempli de caillots couenneux semblables à ceux qui recouvrent la saignée dans la pneumonie.

Dernièrement j'ai observé une endocardite très marquée du ventricule gauche. Elle était constituée par une rougeur intense de la membrane interne du cœur et de l'aorte avec formation de fausses membranes blanchâtres. Les symptômes de cette phlegmasie s'étaient montrés exactement semblables à ceux que j'avais observés dans les concrétions sanguines du cœur. J'y ai même été trompé dans ce dernier cas, car j'avais diagnostiqué une concrétion polypeuse.

MALADIES GÉNÉRALES.

L'affection désignée sous les noms d'*anémie*, d'*hydrémie*, etc., se rencontre assez souvent chez les vieilles femmes; elle est quelquefois consécutive à un cancer, d'autres fois elle est primitive et ne dépend d'aucune lésion organique. L'hydrémie sénile présente les mêmes symptômes que celle qu'on observe dans la jeunesse. Elle donne lieu également à la production des bruits anormaux dans les carotides; seulement, il faut savoir que, comme les vieillards ont souvent la tête penchée sur le thorax et en même temps une grande roideur dans les articulations cervicales du rachis, il leur est souvent impossible de tendre la région carotidienne de manière à ce que l'auscultation de la carotide puisse se faire d'une manière convenable.

Les vieillards sont fréquemment atteints d'hydropisie. Cette affection est liée dans quelques cas à l'existence des rétrécissements des orifices du cœur; mais d'autres fois, ainsi que nous l'avons dit, ces rétrécissements existent sans elle. Très souvent, l'hydropisie est sous la dépendance d'un asthme; ce qui prouve cette dépendance, c'est que dans certain cas l'hydropisie se dissipe en même temps que cesse l'attaque d'asthme. En théorie, on comprend la liaison de l'hydropisie avec l'asthme, car elle rentre complétement dans la loi que M. Bouillaud a exposée. Il est évident, en effet, que, pendant les attaques d'asthme, la grande difficulté qu'éprouve l'air en traversant les voies respiratoires, entrave à son tour la circulation d'une manière remarquable: le pouls est petit, la face est congestionnée et surtout les veines apparentes sont très distendues; la partie séreuse du sang veineux s'extravase alors dans le tissu cellulaire et dans les cavités splanchniques, de la même manière que si la distension veineuse dépendait d'un rétrécissement ou d'une oblitération matérielle, fixés sur un tronc veineux. Néanmoins, comme l'hydropisie ne s'observe pas dans tous les asthmes, même dans les asthmes avec dyspnée excessive, on doit en conclure que l'hydropisie requiert pour sa production une disposition pathogénique que nous ne connaissons pas encore. Il faut également admettre la nécessité de cette diathèse hydropique pour les rétrécissements des orifices du cœur; car comment, sans cela, pourrait-on se rendre compte des rétrécissements considérables qui ne s'accompagnent pas d'hydropisie?

L'hydropisie avec albuminurie est assez rare dans la vieillesse; je n'ai trouvé que quatre

fois les urines notablement albumineuses sur vingt cas au moins d'hydropisie que j'ai observés (1).

Chez les adultes, les hydropisies se lient beaucoup plus souvent que chez les vieillards à une albuminurie. Dernièrement, M. le professeur Andral a insisté avec beaucoup de raison sur la grande fréquence de la maladie de Bright comme cause des hydropisies dites essentielles (*Essai d'hématologie pathologique,* pag. 148) ; mais cette règle de fréquence est applicable seulement aux hydropisies des adultes et des enfants ; et elle trouve, comme on le voit, ses exceptions ordinaires dans la pathologie des vieillards. Voici d'autres faits qui viennent confirmer tout à la fois et la règle et l'exception. Pendant le remplacement que j'ai fait à la Pitié, il s'est présenté dix hydropiques dans le service de M. Piorry. Sur ces dix hydropiques, il y en avait trois qui avaient plus de 65 ans, et qui étaient les seuls dont les urines ne fussent pas albumineuses. Parmi les sept autres hydropiques, deux avaient en même temps un rétrécissement de l'orifice aortique avec insuffisance et une albuminurie. L'un d'eux fut guéri (2) de l'hydropisie et de l'albuminurie au bout de quelques jours, et les signes physiques de l'affection du cœur n'éprouvèrent aucun changement. Ce qui me fait penser que l'albuminurie a encore plus d'influence sur la production des hydropisies que les rétrécissements du cœur.

J'ai déjà parlé du cancer à propos de la péritonite chronique des vieillards, je dois revenir sur cette altération morbide en l'envisageant sous d'autres rapports.

On sait qu'il y a incompatibilité entre le cancer et les tubercules, c'est-à-dire, l'on sait qu'on ne rencontre jamais ces deux produits morbides en même temps, sur le même sujet (3). J'ai remarqué une incompatibilité non moins réelle entre le cancer d'estomac et le catarrhe des voies aériennes. Cet antagonisme est frappant surtout à la Salpêtrière, où la plupart des femmes ont comme elles le disent *leur* catarrhe, propriété triste et inaliénable de la vieillesse. J'ai eu dans mon service sept personnes affectées de cancer d'estomac ; aucune d'elles ne présentait les symptômes du catarrhe laryngo-bronchique. Si donc un malade atteint de catarrhe porte un facies blafard et cachectique, et accuse en même temps du trouble dans la digestion, il ne faut pas rattacher ce teint cachectique ni cette dyspepsie à un cancer occulte de la cavité abdominale, et par conséquent il ne faut pas renoncer à l'idée de guérir le malade. On pourra trouver une fausse exception aux idées que je viens d'émettre : c'est lorsqu'un malade, affecté d'un cancer d'estomac, aura en même temps un cancer du poumon ; il y aura dans ce cas les symptômes habituels du catarrhe, tels que la toux et l'expectoration, mais alors ils ne dépendront plus du catarrhe. Néanmoins d'autres faits sont nécessaires pour confirmer cette loi d'antagonisme.

Les vieillards sont sujets, comme les adultes, à ces affections générales qui retiennent le nom spécial de *fièvres*. J'ai vu à la Salpêtrière des affections fébriles qui rentraient

(1) Dans les commencements de l'hydropisie, l'œdème se montre aux malléoles quand l'individu se lève, et à la région lombaire quand il est couché. Autant que je puis croire, cette observation a été faite déjà par M. le professeur Piorry.

(2) Chez ces malades affectés d'albuminurie aiguë, j'ai employé avec un grand succès l'émétique en lavage administré pendant quatre ou cinq jours de suite. Je donnais après cela la décoction de Raifort et les pilules de Bacher. Excepté deux, tous furent guéris en peu de jours.

(3) Il est question seulement ici des tubercules à l'état d'activité, car les cicatrices des tubercules anciens se rencontrent aussi souvent chez les individus cancéreux que chez les autres. Je dois à cette occasion relever une erreur qui s'est glissée dans mon précédent article au sujet des cicatrices du poumon, p. 333, lig. 38, au lieu de ces mots : *existent chez les quatre cinquièmes,* etc., lisez : *aient existé chez les quatre cinquièmes,* etc. Le sens de tout le passage indique suffisamment qu'il s'agit d'excavations tuberculeuses qui ont existé 20, 30 ans avant la vieillesse et la mort.

parfaitement dans les fièvres synoque, bilieuse, etc., des anciens médecins. M. Prus a présenté dans le temps à l'Académie de médecine une observation de fièvre typhoïde chez une femme de 70 ans. Les altérations anatomiques et les symptômes observés chez cette femme étaient exactement semblables à ceux qui se montrent dans l'âge adulte. La fièvre typhoïde est extrêmement rare chez les vieillards ; je n'en connais d'autres observations que celles de M. Prus et une autre de M. Rayer recueillie sur un homme de 50 ans, et présentée également à l'Académie de médecine.

On rencontre quelquefois chez les vieillards une fièvre qui a quelques rapports avec la fièvre typhoïde, mais qui néanmoins s'en sépare par des caractères distincts. Cette affection a aussi, comme on le verra, quelque ressemblance avec le typhus, et comme elle est tout à fait particulière à la vieillesse, on peut très bien lui donner le nom de *typhus sénile*. Voici le premier fait qui fixa mon attention sur cette maladie. Je vais en rapporter les circonstances principales, telles que je les trouve consignées dans mes notes.

1° L'an passé au printemps, il vint à l'infirmerie une femme de 70 ans environ. Elle se défendait fort d'être malade, et elle cherchait, autant que je puis croire, à nous le prouver, en s'habillant chaque matin avant la visite pour nous recevoir assise sur une chaise à côté de son lit. Elle parlait raisonnablement, riait et plaisantait même quelquefois. Néanmoins cette femme était très faible, sa face était terreuse, ses traits altérés, et son regard avait une expression singulière de stupeur et d'ironie. Il y avait de l'accélération dans le pouls et de la chaleur à la peau. La langue était couverte d'un enduit rouge sur ses bords, et sèche ; il y avait de la soif et de l'anorexie, les narines étaient pulvérulentes. Cette femme, à qui il n'échappait aucune parole incohérente, était néanmoins affectée d'un délire d'action, qui se traduisait par des promenades nocturnes continuelles, et qui à la fin nécessita l'emploi de la camisole de force. Il n'y avait chez elle ni taches lenticulaires, ni gonflement du ventre, ni gargouillement, ni diarrhée, ni douleur à la région iliaque droite ; il n'y avait également ni toux, ni expectoration, ni aucun autre symptôme physique révélé par l'auscultation et la percussion. Je traitai cette malade par les évacuants comme si elle eût été affectée de fièvre typhoïde. Au bout de dix jours environ, il se développa une énorme parotide du côté gauche, qui fut accompagnée pendant deux ou trois jours d'un redoublement de fièvre. La parotide s'abcéda et je fis passer la malade dans le service de chirurgie, d'où elle sortit plus tard parfaitement guérie.

Voilà évidemment une affection telle qu'il ne s'en montre jamais chez les adultes. La stupeur, la faiblesse, le délire nocturne, la parotide, etc., indiquent suffisamment une maladie de nature typhoïde ; mais on ne trouve plus ici les symptômes propres de la dothinentérie. D'un autre côté l'on n'y trouve pas davantage le pourpre pétéchial propre au typhus des prisons, ou au typhus fever des Anglais et des Américains. C'est donc une affection typhoïde d'une forme particulière et propre à la vieillesse. Quelques jours après la sortie de cette malade, il s'en présenta une semblable dont l'observation, que je vais rapporter, a été recueillie par M. Neucourt.

2° Catherine Caffin, âgée de 72 ans, entre dans la salle Saint-Jean, n° 3, le 25 mai 1842. Cette femme, quoique un peu maigre, est d'une constitution assez forte. Elle prétend n'être pas malade, et assure positivement qu'elle ne se plaint de rien. Néanmoins elle a la face pâle, et la physionomie dénote de la tristesse et beaucoup d'abattement. Il y a de la soif, de l'inappétence, de la constipation ; la langue est un peu sèche, la peau est chaude et le pouls fréquent. L'intelligence est intacte, mais il y a un peu d'hésitation et de faiblesse dans la parole. Le thorax examiné attentivement ne présente rien d'anormal. (Limonade, un gramme d'ipécacuanha. Diète.)

Le 27, la malade a vomi une fois seulement sans qu'il en résultât de l'amendement dans les symptômes. Les jours suivants les symptômes augmentent insensiblement. La soif devient plus vive, la langue plus sèche. Sa fièvre est aussi plus forte, mais la malade persiste à dire qu'elle se porte bien ; les yeux sont chassieux et larmoyants. La physionomie devient de plus en plus stupide ; elle est très taciturne et ne parle que pour demander à boire. Même état du thorax. Il n'y a ni taches lenticulaires, ni gonflement du ventre, ni douleur à la région iliaque. La malade passe les nuits sans dormir ; mais elle ne délire ni en action ni en parole. (On continue la limonade et l'on donne deux laxatifs à un jour d'intervalle.)

Cet état persiste jusqu'au 3 juin. Le 4 juin on aperçoit une tumeur grosse comme la moitié

du poing sous la branche gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur est très douloureuse, sans changement de couleur à la peau.

La fièvre est plus vive, la peau plus chaude; la langue est sèche et tremblante; quand on dit à la malade de la tirer de la bouche, elle oublie de la rentrer. La soif est très vive; après l'ingestion des boissons, il y a quelquefois du hoquet et des envies de vomir. La malade urine librement et volontairement. Rien d'anormal dans les organes respiratoires. On s'aperçoit pour la première fois, en pratiquant l'auscultation, que la malade exhale une odeur de souris très prononcée, il est impossible d'expliquer par une incontinence d'urine cette odeur qui paraît dépendre de la transpiration et qui diffère notablement de l'odeur ammoniacale de l'urine. (Limonade, cataplasme sur la tumeur, lavement.)

Le 5, l'affaissement général est très marqué. Même odeur de souris. La langue est très sèche, le pouls petit, la peau chaude. La tumeur sous-maxillaire a encore augmenté. L'intelligence est considérablement déprimée, sans néanmoins qu'il y ait délire.

La malade meurt dans la soirée. Autopsie faite 36 heures après la mort, par une chaleur de 26°.

Amaigrissement notable; la peau ne présente aucune trace de purpura ni de pétéchies.

Les poumons ont leur aspect normal, et sont perméables à l'air. A la partie postérieure et inférieure du droit, il y a une congestion sanguine comme on en trouve si fréquemment sur les cadavres. Le tissu du cœur est très mou; cet organe s'affaisse complétement sur lui-même quand on le pose sur la table, il contient quelques caillots dans ses cavités droites. Il y a du sang liquide dans les veines.

L'estomac est sain. La coloration de sa muqueuse est un peu rosée. Tout le reste du tube digestif ne présente rien d'anormal; les follicules agminés et isolés, loin de présenter la moindre altération, ne sont pas visibles; il en est de même des ganglions mésentériques. La rate est normale quant au volume et à la consistance.

Le cerveau est en général un peu mou; mais il est médiocrement congestionné, et ne présente aucune altération.

La vésicule biliaire contient environ 30 grammes de bile d'un vert tranché.

Il y a quelques adhérences entre la vésicule biliaire, l'épiploon et l'intestin indiquant une ancienne péritonite.

La tumeur sous-maxillaire est formée par la glande de ce nom qui est très volumineuse. Sa coupe est grisâtre; son tissu est infiltré de pus. Les parotides sont intactes.

Cette maladie ressemble beaucoup à celle de l'observation n° 1. Ce sont deux formes extrêmement voisines de la même affection. Dans la première observation on voit prédominer l'*ataxie*; dans la seconde c'est l'*adynamie*. Les lésions anatomiques notées en dernier lieu achèvent de confirmer la séparation complète que les symptômes forcent de poser entre la fièvre typhoïde et le typhus sénile. On trouve dans cette seconde observation un symptôme qui a été signalé par M. Landouzy dans le typhus de Reims, c'est une odeur de souris. M. Landouzy fait remarquer dans son intéressant travail, que ce symptôme n'a jamais manqué dans tous les cas où le typhus s'est terminé par la mort. Or, nous retrouvons ce même symptôme dans l'observation suivante recueillie par M. Decrozant sur une autre femme qui a succombé à la maladie.

3° La nommée Marcherat, âgée de 76 ans, entrée à l'infirmerie le 15 mai 1845.

Cette femme a joui jusqu'à présent d'une bonne santé. Son caractère est très violent; dernièrement elle a éprouvé des contrariétés par suite desquelles elle s'est livrée à des accès de colère. Depuis trois semaines elle se plaignait d'un malaise indéfinissable; elle refusa d'abord de venir à l'infirmerie; mais elle s'y décida enfin quand elle vit qu'elle perdait complétement son appétit et ses forces, et que depuis deux jours elle avait des frissonnements le matin et de la fièvre le soir.

Le 16, à la première visite, on est frappé de l'affaissement extrême que présente la physionomie de cette femme; l'état général des forces n'est pas en rapport avec cet affaissement des traits, car la malade exécute librement les différents mouvements nécessaires à l'exploration séméiologique des différentes cavités. Il y a dans les paroles de cette femme un mélange de gaîté et de colère; elle dit qu'elle est peu malade, qu'elle sera bientôt guérie, qu'elle n'a que faire de la médecine, etc., et aussitôt après elle essaie de plaisanter et de rire, comme pour montrer qu'elle n'est pas sérieusement malade.

La langue est sèche, dure, fendillée, et noire dans son milieu ; elle est rouge et humide sur les bords et la pointe ; goût d'amertume, haleine fétide, narines pulvérulentes, abdomen un peu sensible à la pression et légèrement développé. Il n'y a ni toux ni expectoration ; le thorax, examiné avec soin, ne présente rien d'anormal. Le pouls est à 100, assez développé, régulier. La peau est chaude, il y a un sentiment de pesanteur à la tête et de brisement dans les membres; elle a parlé cette nuit pendant son sommeil. On note une odeur de souris manifeste, qui ne tient pas aux urines dont l'excrétion se fait naturellement, mais bien à la transpiration. (Limonade, sérum, tartre stibié, 10 centigr. Diète.)

Après la visite, il est survenu un épistaxis qui a fait disparaître la pesanteur de tête. Il y a eu, sous l'influence du tartre stibié, des selles et des vomissements assez abondants. La malade est un peu plus éveillée, le pouls est moins fréquent.

17. Hier dans la soirée elle a eu des frissonnements ; il y a eu de l'agitation toute la nuit. Ce matin il y a beaucoup de stupeur et d'affaissement dans les traits. La peau est sèche et chaude ; le pouls à 105. Même odeur de souris. On trouve du souffle à l'expiration seulement dans la fosse sus-épineuse droite, il s'entend dans un espace très circonscrit qui pourrait être recouvert par une pièce de 2 francs. Il n'y a ni râle, ni toux, ni expectoration. (Orge miel., 30 gram. de crème de tartre, vésicatoire sur le siége du souffle. Diète.)

18. La malade a eu cinq selles. il y a moins de stupeur, le pouls est tombé à 80. La malade a toussé 2 ou 3 fois sans expectoration ; le souffle, à l'expiration qui était encore manifeste hier soir, a disparu ; l'expiration n'est donc plus soufflante, mais elle reste encore prolongée (1), sans aucun râle La malade accuse pour la première fois une douleur à l'angle de la mâchoire du côté droit. (Orge miel., cat. bis., 2 bouillons.)

19. La stupeur est revenue comme auparavant; il y a eu du frissonnement hier toute la journée. Le bruit de souffle n'a pas reparu. La région parotidienne droite est gonflée et très douloureuse ; la tumeur, grosse comme un œuf, gène l'exercice de la parole. La peau est chaude et exhale toujours la même odeur. (Orge miellé, cat. bis., 20 sangsues sur la tumeur, lavem. Diète.)

20. Les choses sont au même état qu'hier. Le pouls est à 100. (Orge miellé, cat. bis., Diète.)

21. La tumeur a doublé depuis hier. Elle s'étend jusqu'au milieu de la joue, et jusqu'à la partie antérieure de la mâchoire inférieure Elle est excessivement douloureuse, rouge et très dure. (Orge miellé, 20 sangsues sur la tumeur)

22. La figure de la malade est tout à fait décomposée ; les yeux sont ternes et à demi fermés. le pouls, très fréquent, est petit pour la première fois ; la langue est sèche ; l'intelligence est considérablement déprimée. L'état grave de la malade empêche hier et aujourd'hui d'ausculter la fosse sus-épineuse droite pour savoir si le souffle a reparu. Mort à 2 heures.

Autopsie pratiquée 42 heures après la mort.

Le cerveau est un peu mou, les vaisseaux des méninges et de la substance cérébrale sont un peu congestionnés.

L'estomac contient un peu de bile. Les glandes de Peyer et de Brunner, sur lesquelles se dirige l'attention d'une manière particulière, ne sont pas apparentes. Rien d'anormal dans la rate, les ganglions mésentériques, le foie et les reins.

Le poumon droit présente dans la partie de son lobe supérieur, qui répond à la fosse sus-épineuse, une *hépatisation rouge* du volume d'un gros œuf de dinde. Il y a un peu d'engouement cadavérique à la partie postérieure des deux poumons.

La tumeur de la région parotidienne est constituée par une infiltration de pus qui occupe la glande parotide, la glande sous-maxillaire, le tissu cellulaire environnant et même les muscles de cette région.

Cette observation a plus d'analogie que les deux autres avec la fièvre typhoïde. En effet, la malade a été affectée d'épistaxis; elle avait de la sensibilité et un gonflement modéré à l'abdomen. Mais il n'y avait chez elle ni gargouillement à la fosse iliaque ni

---

(1) J'ai montré (Archives, juin 1840) que l'expiration prolongée, le souffle à l'expiration seule, et le souffle à l'inspiration et à l'expiration sont trois signes d'auscultation qui appartiennent au souffle considéré d'une manière générale. Ils indiquent, dans l'ordre où ils son énumérés, que la lésion pulmonaire qui détermine ce souffle est séparée de la paroi thoracique par une couche de substance pulmonaire saine, de moins en moins épaisse. Le souffle au deux temps annonce que cette lésion est complètement superficielle.

taches lenticulaires; et surtout, on n'a pas rencontré à son autopsie les lésions caractéristiques de la dothinentérie.

On pourrait peut-être se demander si la pneumonie observée chez cette femme n'était pas la cause de tous les symptômes ataxo-adynamiques observés chez elle. Je ne le pense pas: 1° parce que la pneumonie était trop peu étendue pour produire des résultats semblables; 2° parce que l'apparition de la pneumonie n'a été constatée qu'après l'existence des symptômes] typhiques tels que la stupeur et l'odeur de souris. Je crois que la fièvre grave a été au contraire la cause de l'hépatisation pulmonaire. Car, pourquoi cette fièvre, qui a déterminé plus tard une fluxion inflammatoire sur la région parotidienne, n'aurait-elle pas pu produire auparavant une fluxion également inflammatoire sur l'organe pulmonaire?

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que cette pneumonie avait les caractères séméiologiques de la forme latente. Il n'y avait, en effet, ni expectoration, ni râles crépitants à la disparition du souffle tubaire. Cette pneumonie a présenté encore une de ces intermittences sur lesquelles nous avons insisté comme ordinaires dans la clinique des vieillards. Il est infiniment probable que, si l'auscultation avait été pratiquée à la dernière et à l'avant-dernière visite, elle aurait permis de constater la réapparition du souffle tubaire vis-à-vis le point où à l'autopsie, on a trouvé une hépatisation rouge.

Il y a donc des fièvres graves, propres à la vieillesse, qui ne dépendent pas d'une lésion organique locale, qui, par la nature de leurs symptômes, rentrent dans les affections typhiques, et qui tiennent probablement à une altération spéciale de sang. Quant à la cause première de cette maladie, se trouve-t-elle dans la respiration des miasmes produits par la réunion d'un grand nombre de vieillards? Et dès lors, la maladie est-elle propre seulement aux personnes âgées qui vivent en commun? Je n'ai là-dessus que des doutes à présenter.

Le but que je me suis proposé en publiant ces observations, est plutôt de signaler le *typhus sénile* à l'attention des médecins, que d'en donner pour le moment une histoire complète. Voici les caractères auxquels on le reconnaîtra.

Le malade a une face pâle et altérée, sa physionomie respire l'abattement, la stupeur ou une indifférence mêlée de gaîté. Ce début est extrêmement insidieux, d'autant plus que les vieillards affectés soutiennent à plusieurs reprises qu'ils ne sont pas malades ou qu'ils le sont très peu. La langue est sèche; il y a soif, fièvre. La transpiration répand une odeur de souris. Il y a un délire nocturne qui se traduit par des rêvasseries ou par des promenades dans la salle; au bout de 6 à 7 jours il survient une parotide qui, dans les cas malheureux produit une augmentation de la fièvre, de la stupeur et qui affaisse de plus en plus l'intelligence.

A l'autopsie on ne trouve aucune lésion organique à laquelle on puisse rattacher les symptômes observés pendant la vie.

Le typhus sénile diffère de la fièvre typhoïde en ce qu'il ne présente ni taches lenticulaires, ni douleur, ni gargouillement à la région iliaque, ni diarrhée, ni bronchite; il en diffère surtout, en ce que les glandes intestinales et les glandes mésentériques sont exemptes d'altérations. Il diffère du typhus des prisons, en ce que la peau n'est pas marquée de taches pétéchiales, et que la céphalalgie est presque nulle. Il n'est pas contagieux comme le typhus des prisons, mais il lui ressemble par l'odeur de souris qui a été observée par M. Landouzy dans l'épidémie de Reims; il lui ressemble encore par l'absence des symptômes abdominaux propres à la fièvre typhoïde. Le typhus sénile est sporadique comme le *typhus fever* des Anglais l'est quelquefois; ajoutons qu'il lui est analogue en cet autre point, c'est qu'il n'est pas marqué au coin d'une lésion organique de la rate, des ganglions mésentériques, et des glandes intestinales. Enfin les parotides sont plus familières au typhus sénile qu'à toute autre affection typhique.

Les évacuants sont les moyens de thérapeutique active que j'ai dirigés contre cette affection; mais je ne les ai pas donnés d'une manière continue, comme s'il se fût agi d'une fièvre typhoïde. Si ces agents n'ont pas eu le succès que l'on en retire dans cette

dernière maladie, j'ai la conviction qu'ils n'ont pas exercé une influence fâcheuse sur la marche des symptômes.

On trouve dans la nosographie de Pinel les traits caractéristiques du typhus sénile. Il paraît même d'après quelques passages de cet auteur que cette maladie était assez commune de son temps. Ce qui se conçoit sans peine, quand on considère que les vieilles femmes de la Salpêtrière étaient alors moins bien nourries, chauffées, habillées, etc., qu'elles ne le sont maintenant, et qu'en sus, beaucoup d'entre elles avaient les regrets amers d'une aisance qui leur avait été enlevée par la tourmente révolutionnaire. Voici le premier passage de Pinel.

« La fièvre adynamique est comme endémique à la Salpêtrière... L'hiver de l'an 4 de la république fut surtout remarquable par une grande fréquence de fièvres putrides ou adynamiques le plus souvent simples. Que de femmes, jouissant autrefois de toutes les commodités de la vie, furent amenées par la disette et les événements de la révolution à la misère la plus extrême, et furent enfin forcées de chercher un asile à la Salpêtrière! La plupart d'entre elles furent bientôt après attaquées de la fièvre dite putride: pouls faible et déprimé, sorte de stupeur, rêvasserie légère; quelquefois perte totale de connaissance par un air d'égarement et de consternation... Un des caractères particuliers de ces fièvres a été l'éruption de parotides symptomatiques dont la terminaison a été funeste (tom. I, pag. 139). » Pinel donne ce tableau au chapitre des fièvres putrides ou adynamiques; il le reproduit à peu près dans les mêmes termes à l'occasion des fièvres malignes ou ataxiques. « Il régna une quantité considérable de fièvres dites alors *putrides simples*, de fièvres malignes simples, et d'autres fois putrides malignes dans les infirmeries de la Salpêtrière durant l'hiver de l'an 4... La fièvre adynamique suivit quelquefois son cours avec la série des symptômes ataxiques; elle passait d'autre fois par une sorte de métastase à une affection de poitrine: alors toux, oppression, peu ou point d'expectoration... Il survenait dans le cours de la fièvre des parotides symptomatiques (ibid., pag. 231). »

Ainsi Pinel, a bien soin de nous dire que cette fièvre, qui est endémique à la Salpêtrière, et qui y fut pour ainsi dire épidémique en l'an 4, est une fièvre simple; il dit aussi avec beaucoup de raison, que cette fièvre primitivement simple peut passer par une sorte de métastase à une affection de poitrine, comme cela est arrivé chez la malade de notre troisième observation. Mais Pinel ne dit pas (et cela était très important), que cette fièvre des vieilles femmes de la Salpêtrière n'a plus les mêmes symptômes que la fièvre adynamique des adultes (dothinentérie) et que la fièvre des prisons. Il a surtout contribué beaucoup à faire méconnaître l'unité de cette affection, en disséminant ses symptômes dans deux chapitres différents, avec toutes les maladies qui sont marquées au coin de l'ataxie et de l'adynamie. Ainsi Pinel aurait vu une fièvre ataxique dans notre première observation, une fièvre adynamique dans la seconde, et une fièvre ataxo-adynamique dans la troisième. Cependant il est clair que ces trois affections, bien que présentant quelques légères différences dans les symptômes, constituent une maladie identique, qui ne se rencontre pas chez les adultes, qui porte le cachet des affections typhiques, et qui pour cela me paraît devoir être appelée *typhus sénile*.

Là se termine ce que j'avais à dire sur les maladies des vieillards. Si je n'ai fait aucune mention des affections cérébrales propres à la vieillesse, c'est que je n'avais rien à ajouter aux beaux travaux de M. le professeur Rostan, ni à ceux de MM. Prus, Dechambre, Durand-Fardel, etc. Je répète, car il ne faut pas l'oublier, que *ces études cliniques* ont été faites sur des femmes; j'ajouterai même, sur les femmes de l'hospice de la Salpêtrière: *sub sole romano scripsi* (Baglivi).

Note sur la paralysie de l'anus et du rectum dans la période adynamique des dysenteries graves ; *par* M. Pidoux.

M. le docteur Bouchut a rapporté, dans le numéro du mois d'août de ce Journal, un cas de dysenterie aiguë avec la circonstance singulière de selles involontaires expliquées par un état de paralysie du sphincter de l'anus, d'où résultait la dilatation presque permanente de cet orifice. La paralysie était incomplète, car on observait des resserrements et des expansions alternatifs du sphincter, soit spontanément, soit sous l'influence d'un contact; de la même manière, dit M. Bouchut, qu'on voit la pupille se contracter et se dilater dans le passage rapidement successif de la lumière à l'obscurité. Pourtant, l'anus était habituellement béant, et dans cet état, la circonférence de son ouverture égalait celle d'une pièce de 50 centimes. Les fluides intestinaux s'en écoulaient involontairement, et le liquide des lavements retombait au fur et à mesure qu'il était injecté. Je dois faire remarquer que, bien qu'il y eût chez cette malade une grande prostration des forces, l'adynamie n'était pas profonde et complète comme dans la dernière période des phlegmasies viscérales gangréneuses, et que les selles avaient conservé le caractère muqueux et sanglant des dysenteries où l'intestin n'est pas encore ou ne sera jamais frappé de mortification.

M. Bouchut dit, que c'est « guidé par une observation antérieure, » qu'il examina l'anus de cette malade. Il serait intéressant d'apprendre dans quelles maladies M. Bouchut avait antérieurement noté une pareille disposition de l'anus, et si, comme il paraît le laisser comprendre, il l'avait déjà constatée chez un ou plusieurs dysentériques; car, en parcourant les travaux anciens et modernes les plus connus sur la dysenterie, je ne l'ai trouvée signalée dans aucun. Quoi qu'il en soit, j'ai été récemment à même de reconnaître, mais à un degré beaucoup plus prononcé, cet état de l'extrémité inférieure du gros intestin chez deux dysentériques; et il m'a paru utile d'ajouter ces faits à celui de M. Bouchut, afin que, l'attention des praticiens étant éveillée sur ce point, l'observation décide quel rang doit prendre dans la séméiologie de la dysenterie, le phénomène remarquable dont il est question.

Dans le cours du mois d'octobre dernier, je me trouvais en consultation dans le département d'Eure-et-Loir, et sur l'extrême limite du département de l'Eure, avec M. le docteur Colin, médecin ordinaire du malade près de qui j'avais été appelé. Cet honorable praticien me dit que plusieurs villages, situés sur la rive gauche de la rivière (l'Eure), étaient depuis quelques temps affligés par une dysenterie épidémique d'une épouvantable gravité. Il m'en fit le tableau, et désira me conduire près de quelques-uns de ses malades du village de Craux. Depuis 15 jours environ, l'épidémie décroissait; elle est actuellement éteinte. Mon intention n'est pas d'en faire l'histoire, puisque je n'en ai observé ni le début, ni l'évolution, ni les transformations, etc. Je pus recueillir encore quelques traits caractéristiques des divers degrés qu'elle avait offerts. Deux sujets seulement étaient arrivés à la dernière période de ce type adynamique auquel paraîtrait appartenir l'espèce de mort partielle et anticipée que je vais décrire, qui frappe l'anus, le rectum, et remonte peut-être beaucoup plus haut dans le gros intestin.

Une petite fille de 9 à 10 ans, malade depuis moins de 15 jours, était plongée dans un état adynamique présentant la plus saisissante analogie avec celui de nos cholériques de 1832. Comme eux, elle avait les traits du visage effilés, les yeux excavés, les pommettes plaquées d'un rouge terni, la voix mince et cassée, la peau des avant-bras et des mains cyanosée et refroidie. L'intelligence, quoique lente, était tout entière dans chacun des actes et dans chacune des paroles de la petite malade. L'artère radiale ne battait plus depuis douze heures au moins. Le ventre était excavé. On voyait de temps en temps les muscles de la face, ordinairement immobile, se froncer tout à coup et se rapprocher comme douloureusement de la ligne médiane, puis un cri grêle et plaintif annonçait la sensation d'un reste de colique. Alors, il s'échappait de l'anus, *sans ténesme*, et comme en bavant, une très petite quantité

de fluide ichoreux, d'une teinte grisâtre, d'une odeur putride et cadavéreuse, rappelant un peu néanmoins celle qui s'exhale quand on lève l'appareil d'une brûlure au troisième degré. Ces évacuations ne ressemblaient donc aux matières dysentériques ni par l'odeur, ni par la couleur, ni par le mode d'excrétion. C'était la sanie à odeur forte fournie par une plaie de mauvaise nature. Elles étaient pourtant le produit de déjections alvines, car une colique intestinale en précédait toujours l'écoulement.

La malade avait la langue plate et humide, quelques hoquets sans vomissements. Elle demandait à manger, et on lui donnait de petites cuillerées de bouillon.

Je la fis coucher sur le ventre, afin d'examiner l'état de la marge de l'anus, et pour voir si les matières alvines avaient déterminé sur les parties avec lesquelles elles étaient en contact, des érythèmes ou des ulcérations, comme cela arrive dans les dysenteries graves. Quel ne fut pas notre étonnement, en trouvant l'anus béant et présentant une ouverture exactement arrondie, d'un diamètre plus grand que celui d'une pièce de vingt sous! Mais cette dilatation n'était pas bornée au sphincter; elle s'étendait au delà, à une profondeur de trois pouces au moins, toujours avec le même diamètre. Le contact de l'anus n'excitait pas la contraction de son anneau musculeux. Les coliques elles-mêmes (et la colique peut être définie un *spasme* douloureux de l'intestin) ne retentissaient pas jusque-là; car, comme je l'ai dit plus haut, elles ne s'accompagnaient plus d'épreintes. Cette période de la maladie était passée. En approchant une lumière de l'anus, l'œil plongeait très facilement dans l'intestin et pouvait y apercevoir les désordres causés par la dysenterie. Au dessus du sphincter interne, la membrane muqueuse était d'un rouge cramoisi tirant sur le noir en quelques points, ailleurs parsemée d'érosions et comme ratissée (*abrasio intestinorum*). A la partie la plus reculée, et certainement à plus de trois pouces de l'anus, on distinguait parfaitement deux taches, l'une tout à fait noire qui n'était peut-être qu'une ecchymose, mais l'autre d'apparence gangréneuse, ayant assez bien l'aspect de l'escarre que produit la potasse caustique, c'est-à-dire disposée en manière de nuances concentriques, la plus extérieure d'un blanc sale, la moyenne d'une teinte grisâtre plus foncée et l'interne ou centrale formant un point noir et rond de la grandeur d'une large lentille. Je répète que ces diverses lésions étaient aussi faciles à voir et à décrire que le col utérin et les parois vaginales examinés au *speculum*. Cette comparaison se présentait si naturellement à l'esprit, qu'elle fut faite en même temps par M. le docteur Colin et par moi, et que, comme pour l'achever, j'eus l'idée de prendre mon porte-pierre qui est fort long, et d'aller toucher avec le nitrate d'argent les parties les plus élevées du rectum qui étaient aussi accessibles à cet instrument qu'à l'œil lui-même. On eût très facilement pu pratiquer cette cautérisation à trois pouces au delà de l'anus, sans toucher les parois intestinales.

Nous avions fait l'autopsie du rectum; mais la malade vivait. Je prescrivis une potion diffusible comme véhicule de l'extrait de quinquina, une tisane d'eau de riz vineuse, des frictions stimulantes et des applications de corps chauds aux extrémités; et, si un peu de réaction pouvait encore être obtenue, des quarts de lavements avec une solution d'azotate d'argent (5 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée). Tout cela fut exécuté vainement : la malade mourut douze heures après, sans agonie.

Qu'il me suffise d'avoir rapporté cet exemple. Le second, observé sur une femme septuagénaire, n'offrirait que la répétition du précédent, au moins en ce qui concerne le fait que j'ai voulu signaler dans cette note. La malade succomba également dans la même journée. M. le docteur Colin n'avait jamais porté son attention sur un phénomène dont, comme nous tous, il ignorait l'existence, et que je ne cherchais pas plus que lui, lorsque nous l'observâmes ensemble. Il ne put donc pas me dire si, dans le cours de l'épidémie, d'autres malades, surtout parmi les victimes, avaient éprouvé cette altération si profonde du rectum. Il est permis de croire que ces cas et celui de M. Bouchut ne sont pas des exceptions, et que les mêmes observations se multiplieront ultérieurement, puisque l'occasion de les renouveler paraît s'offrir spécialement dans une des maladies épidémiques les plus communes en même temps que les plus graves de notre pays.

Si le fait en question était, dans la dysenterie adynamique, un phénomène étrange et contradictoire avec l'anatomie et la physiologie pathologiques de cette affection, on pourrait le regarder comme une pure coïncidence, ou comme une anomalie plus curieuse qu'intéressante en médecine. De plus, le numériste, qui, en vertu de son système, ne voit que des coïncidences et jamais des rapports, devrait exiger, pour accorder à ce phéno-

mène une valeur séméiologique dans la dysenterie, qu'il y eût été constaté un nombre de fois déterminé, ce qui, pour le dire en passant, serait d'un arbitraire bien singulier chez des esprits aussi précis et aussi rigoureux. Mais, n'observât-on qu'une seule fois ce phénomène dans la dysenterie adynamique, on pourrait prévoir qu'il n'y est pas fortuit et qu'on l'y rencontrera de nouveau; de sorte que la valeur scientifique de ce fait, quoique unique, sera tout entière dans son idée et nullement dans sa fréquence, celle-ci ne pouvant acquérir une importance scientifique que par le sens que lui prête la première (1).

Or, du point de vue purement pathologique et sans s'occuper du mécanisme physiologique selon lequel s'opère la dilatation des sphincters seuls, ou celle des sphincters et du rectum tout ensemble, on peut très bien rattacher ce phénomène à la nature et à la marche des dysenteries graves.

Ainsi, l'observation nécroscopique montre que c'est la fin du gros intestin et surtout le rectum qui sont le siége principal et initial de la phlegmasie. C'est habituellement dans cette dernière partie qu'on observe les désorganisations les plus avancées et les plus anciennes. Plus on s'approche du cœcum, siége principal des lésions dans la fièvre typhoïde, plus aussi on voit les désordres, les ulcérations, la gangrène diminuer d'étendue et de profondeur dans la dysenterie. C'est dans le plus petit nombre des cas qu'elles remontent jusqu'à l'iléon. On peut donc dire que, dans les dysenteries très graves, le rectum est déjà mort, en quelque sorte, lorsque la maladie est encore en pleine activité dans les portions supérieures du gros intestin. C'est ce qui avait lieu, en effet, chez notre petite fille. La colique dysentérique qu'elle éprouvait à de fréquents intervalles, se renfermait dans le colon et ne venait plus aboutir à l'anus, dont elle était physiologiquement séparée par les fibres longitudinales du rectum paralysées. Cette paralysie était incomplète dans le cas cité par M. Bouchut. Le rectum et l'anus participaient aux coliques. Aussi la malade a-t-elle échappé à la mort. Le pronostic de la dysenterie grave peut s'éclairer de toutes ces remarques.

Dans les nécropsies, peu nombreuses, il est vrai, que Pringle put pratiquer au milieu de la vie agitée des camps, c'est toujours le rectum qu'il signale comme l'intestin le plus gravement altéré. Cet observateur très distingué parle surtout d'un malade dont Hewson fit l'autopsie sous ses yeux, et qui, « vers la fin de la maladie, eut le hoquet, *ne put retenir de clystères* et dont les selles étaient infectes. » Il dit des gros intestins « que leur couleur à l'extérieur était noir-pourpre, et que cette apparence de gangrène allait peu à peu en augmentant depuis le cœcum jusqu'à l'extrémité du rectum. En les ouvrant, on trouva les tuniques épaissies, le dedans aussi noir que la partie qui est sous le coagulum du sang, et toute la surface plus ou moins couverte de mucosité sanglante et de couleur brune. Le rectum était dans un état plus fâcheux. » Plus loin, il ajoute « que cette dernière partie de l'intestin était trop putride pour être examinée de près. » (Pringle, *Observations sur les maladies des armées*, part. 3, ch. 6.) Si j'emprunte ce fait au bel ouvrage de Pringle, c'est à cause du rapport que j'y remarque, entre l'impossibilité où était le malade de retenir les clystères, et la dégénérescence gangréneuse dont le rectum semblait plus particulièrement frappé.

On sait que les drastiques qui, comme l'aloës et surtout la coloquinte, ont des effets capables de simuler ou de produire la dysenterie; on sait, dis-je, que ces drastiques portent spécialement leur action sur le rectum, qu'ils finissent par en épuiser la contractilité et par déterminer chez ceux qui en abusent des évacuations involontaires. Le ténesme, ce symptôme en quelque sorte caractéristique de la dysenterie, n'a-t-il pas pour organe

---

(1) Il serait indispensable, que les numéristes déterminassent en effet, d'une manière absolue et en principe, le nombre de fois auquel un fait doit s'élever pour indiquer un rapport et être rattaché par l'idée de cause au fait avec lequel il coïncide. Quand on veut remplacer dans la science l'idée par le nombre et donner à celui-ci la valeur de celle-là, il faut déterminer cette valeur comme l'est l'idée à laquelle on prétend la substituer.

le rectum? Et conçoit-on une action plus capable de paralyser ce canal musculeux, que l'irritation permanente et la contraction tonique inséparables qu'éprouvent ses fibres charnues dans une grave dysenterie, pendant une, deux, et quelquefois trois semaines? D'ailleurs, dans les dysenteries épidémiques du caractère de celles dont je m'occupe en ce moment, la gangrène n'est pas, comme on le dit trop souvent, l'effet d'un excès d'inflammation, mais elle est dans la nature même de cette espèce d'inflammation. La maladie est essentiellement gangréneuse; je veux dire, qu'elle l'est en débutant et par son essence, avant de l'être visiblement et organiquement. La nature de l'affection ainsi que son siége expliquent alors comment, dans les dysenteries graves, il y a si peu de désordres fonctionnels ailleurs que dans l'intestin. La sidération dont celui-ci est frappé, telle est la cause, sans doute, de ce silence des sympathies et des expressions symptomatiques, de cette adynamie et de cette apyrexie si remarquables et si en désaccord, en apparence, avec l'affreuse gravité de la maladie. Il faut noter aussi, comme faits confirmatifs de cette sidération de l'intestin, le hoquet, signe funeste, ainsi que la paralysie de l'œsophage; la paraplégie, qui survient quelquefois dans la dernière période avec les selles involontaires et qu'on voit se prolonger dans la convalescence chez ceux qui ont le bonheur de traverser des phases aussi dangereuses; enfin l'inaptitude fonctionnelle radicale et l'atonie rebelle que cette cruelle affection laisse pour un temps infini dans les organes digestifs. Voilà un second point de contact avec le choléra épidémique.

Je termine, en faisant remarquer, que la dysenterie épidémique, où j'ai eu l'occasion d'observer le phénomène pathologique qui fait l'objet de cette note, sévissait sur un village bas et humide, très fréquemment inondé par l'Eure, et où règnent assez habituellement des fièvres intermittentes miasmatiques. La coexistence commune de ces fièvres et des dysenteries, est un fait vulgaire depuis Hippocrate. Pringle, ne parle dans ses autopsies de dysentériques, que de rates énormes ; et, en Afrique, les fièvres à quinquina et la dysenterie ne sont pas regardées comme deux maladies de nature différente.

Sur quelques points de l'anatomie du rectum et sur la dilatation de l'anus (1).

Très honoré confrère,

Il y a plusieurs mois déjà que je remets à vous écrire quelques mots relativement à une observation très intéressante et insérée par M. Bouchut dans votre numéro d'août. Il s'agit d'une jeune fille affectée de dysenterie et chez laquelle l'anus restait béant, ne se fermant que momentanément et par des contractions analogues à celles de la pupille sous l'impression de la lumière. M. Bouchut attribue cette dilatation à l'action du muscle releveur de l'anus qu'il regarde comme l'antagoniste du sphincter: suivant lui, le releveur aurait par conséquent la double fonction de relever et de dilater l'anus.

Un seul fait cependant aurait pu suffire pour diriger ailleurs l'attention de cet observateur, c'est qu'il nous est impossible de relever l'anus sans le contracter davantage, et réciproquement; de sorte que si les deux muscles en question ont une action différente, cette action s'exerce simultanément et se confond. Il est impossible par conséquent de les considérer comme antagonistes. Il me serait facile d'ailleurs de démontrer que le releveur, que nos auteurs classiques décrivent d'une manière assez imparfaite,

---

(1) Nous ne pouvons insérer plus à propos qu'après l'intéressante note de M. Pidoux, la lettre suivante que nous fait l'honneur de nous adresser M. le docteur A. Mercier. La discussion purement anatomique qu'elle renferme, trouvant une application médicale dans la communication précédente ainsi que dans celle de M. Bouchut, nous avons pensé que nos abonnés la liraient avec avantage.

(*Note du Rédacteur.*)

ne saurait que bien faiblement dilater l'anus; je crois toutefois que la simple remarque que je viens de faire suffit pour m'en dispenser (1).

Mais alors quelle était la cause de la dilatation observée par M. Bouchut?

Cette question a été un peu plus étudiée qu'il ne le pense, et déjà A. Thompson avait dit que ce sont les fibres longitudinales du rectum qui sont les antagonistes des sphincters. Voici comment cet anatomiste explique leur manière d'agir : Ces fibres, après avoir passé entre la muqueuse de l'anus et le sphincter, se recourbent en dehors, dans toutes les directions, pour aller, confondues avec l'une des couches aponévrotiques superficielles du périnée, se fixer au détroit inférieur du petit bassin. Ainsi, d'après Thompson, les fibres longitudinales du rectum descendent vers l'anus, puis, se recourbant en dehors, embrassent la portion correspondante du sphincter dans leur concavité. Cette disposition doit en effet tendre à dilater ce dernier muscle lorsque les fibres longitudinales se contractent ; mais Thompson n'a vu qu'une partie de la vérité.

Les fibres longitudinales de la partie supérieure du rectum ne descendent pas, *du moins en dedans et sur les côtés*, jusqu'à l'anus, comme le disent tous les auteurs, mais seulement jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée dans laquelle elles se jettent la plupart après avoir dégénéré en tissu fibreux. Puis d'autres fibres, partant de cette même aponévrose, descendent sur la terminaison de l'intestin pour se rendre dans les aponévroses superficielles du périnée, comme l'indique Thompson.—Ou, si l'on aime mieux, la couche de fibres longitudinales du rectum présente, à quelques centimètres au dessus de l'orifice anal, une intersection aponévrotique, et cette intersection est fixée par de nombreuses adhérences à l'aponévrose moyenne du périnée.

Ces adhérences du rectum à l'aponévrose moyenne expliquent pourquoi sa dernière courbure ne peut s'effacer et pourquoi le doigt introduit dans l'anus rencontre presque toujours au dessus des sphincters une dilatation qu'on a décrite sous le nom d'*ampoule rectale* ; pourquoi aussi ce n'est que dans les prolapsus considérables de cet intestin qu'on rencontre sa couche musculaire au dessus de la muqueuse. Je crois, en outre, qu'il serait bon de se rappeler cette disposition lorsqu'on pratique l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum.

Mais revenons à la question qui nous intéresse ici plus directement.

Si les fibres longitudinales de la terminaison du rectum n'avaient d'autre point fixe que celui que décrit Thompson à leur extrémité extra-anale, leur contraction raccourcirait l'intestin de haut en bas et ne tendrait que faiblement à dilater le sphincter. Mais elles ont, comme je l'ai dit, un autre point fixe à l'aponévrose moyenne du périnée d'où elles semblent naître. Bien plus, comme cette aponévrose, dans le lieu d'adhérence, ne permet pas aux parois du rectum de se rapprocher, chacune des fibres longitudinales en question a son extrémité supérieure éloignée de l'axe de l'intestin ; de sorte que si l'on suit par la pensée ou avec le scalpel l'une de ces fibres, on la voit adhérant par son extrémité supérieure à l'aponévrose moyenne, puis se rapprochant de l'axe du canal pour passer à la face interne du sphincter, enfin se portant en dehors pour se confondre avec les lames aponévrotiques superficielles. Chacune d'elles forme donc un demi-anneau, ou plutôt une anse dont les extrémités regardent en dehors de l'axe de l'anus et dont la concavité embrasse le sphincter. On conçoit maintenant comment, lorsque ces anses musculaires viennent à se contracter simultanément, les divers points du sphincter sont éloignés les uns des autres et comment l'anus se trouve alors entr'ouvert.

Je pense néanmoins que, dans les cas ordinaires, c'est l'impulsion des matières qui joue le plus grand rôle dans la dilatation de cet orifice, chez l'homme surtout dont le sphincter est plus puissant que celui de la femme.

---

(1) On trouvera ce que mes recherches anatomiques m'ont appris sur la disposition du releveur de l'anus dans mes *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes génitaux et urinaires considérés spécialement chez les hommes âgés;* 1 vol. in-8°, p. 64.

Remarquons, avant de quitter ce sujet, que si la contraction de l'anus est plus soumise à la volonté que sa dilatation, c'est que le sphincter est plus que les fibres du rectum influencé par les nerfs de la vie animale.

M. Bouchut ajoute que le releveur de l'anus aide à l'expulsion de l'urine et du sperme. Je crois encore avoir démontré la fausseté des idées qu'on professe à cet égard ; mais ce n'est pas ici le lieu d'exposer les miennes, et je renverrai à l'ouvrage indiqué plus haut ceux qui désireraient les connaître.

Recevez, etc.

L. Aug. Mercier.

REVUE CRITIQUE.

De l'emploi du nitrate de potasse a haute dose *dans le traitement du rhumatisme articulaire.*

Le rhumatisme articulaire est l'une des maladies aiguës qui offrent le plus de ténacité, et qui ont le plus de tendance à se terminer par l'état chronique. C'est ce qui explique en partie le nombre immense de médications qui ont été essayées pour combattre cette affection, qui devient redoutable lorsqu'elle se propage aux enveloppes du cœur.

Depuis un certain nombre d'années cependant, la méthode antiphlogistique semble prédominer ; elle est le plus généralement employée contre le rhumatisme aigu, et cela grâce aux succès multipliés qui ont été obtenus par divers pathologistes divisés d'opinions sur le siége et la nature du mal, mais réunis sur les bons effets des saignées générales et locales. Les recherches de MM. Andral et Gavarret, qui ont démontré par l'analyse la surabondance de la fibrine, c'est-à-dire l'état riche, plastique et couenneux du sang dans le rhumatisme aigu, ont encore, dans ces derniers temps, donné un nouveau crédit à la méthode antiphlogistique.

Toutefois, il s'en faut beaucoup que tous les praticiens aient une égale confiance dans cette médication. C'est ainsi que M. Martin-Solon, lui fait de nombreux reproches. Il remarque que la maladie, traitée de cette manière, a encore une certaine durée ; que la convalescence est un peu longue, que les émissions sanguines même fréquemment répétées, n'arrêtent pas toujours les attaques successives et qu'enfin ce traitement ne convient pas à toutes les constitutions. Il s'est donc mis à la recherche d'un médicament, qui aurait les avantages des antiphlogistiques sans en avoir les inconvénients. Après avoir essayé tour à tour le stramonium, la belladone, l'opium, le colchique, l'émétique, et cela sans succès notable, il s'est arrêté dans ces derniers temps à l'emploi du nitrate de potasse à haute dose, préconisé déjà par Brocklesby, Macbride, William-White, Gosselin, etc., contre le rhumatisme. Les propriétés contre-stimulantes sédatives ou tempérantes de ce sel neutre, ajoute M. Martin-Solon, me déterminèrent à l'essayer.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur expose les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus ; il examine dans une autre l'action du médicament.

Les irritations inflammatoires graves des voies digestives contre-indiquent seules l'emploi du nitrate de potasse à haute dose pour combattre le rhumatisme articulaire. L'état saburral, l'ictère faible, apyrétique et sans lésion organique, ne sont point des contre-indications à ce médicament qui doit être prescrit aux doses de 8, 10 et 15 grammes par litre de tisane, de manière que le malade prenne dans les vingt-quatre heures 16, 20, 40 ou même 60 grammes du sel potassique. La dose ordinaire est de 30 grammes; on ne doit arriver à 60 que quand la soif est vive et qu'il devient nécessaire d'accorder 5 ou 6 pots de tisane pour l'étancher.

La tisane de nitrate de potasse est en général facile à digérer, et ne donne lieu ni à de la constipation ni à du dévoiement ; elle se borne à diminuer l'énergie des battements du cœur, ainsi que la force et la vitesse du pouls. L'auteur n'a rien observé de notable et de particulier du côté de l'appareil respiratoire, ainsi que du côté du cerveau, des sens et des urines, à la suite de l'administration de ce médicament.

Le nitrate de potasse agit à la manière des altérants, sans provoquer des sueurs copieuses, des urines abondantes et des excrétions alvines liquides considérables. Un ou deux jours après son emploi, l'endolorissement des articulations malades diminue; on ne voit guère de nouvelles jointures devenir sensibles à la pression, ou du moins ces invasions successives sont plus rares et moins intenses. Après ces premiers effets, la tuméfaction et les autres symptômes vont graduellement en diminuant.

Voici, du reste, les conclusions de M. Martin-Solon :

1° Le nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatismans à la dose de 20 à 60 grammes ;

2° Il n'a pas d'action thérapeutique bien importante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, des arthritis partielles apyrétiques, du rhumatisme musculaire ou fibreux chronique, et des rhumatalgies ;

3° Appliqué au traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en détermine la solution en quatre ou dix jours, et le plus souvent sept. Son action suffit dans les cas les plus intenses lorsqu'ils sont simples ;

4° Ce résultat a lieu sans qu'il y ait d'effet apparent autre qu'un abaissement de la fréquence du pouls et une diminution de la chaleur de la peau ; l'augmentation des sécrétions cutanées, alvine et urinaire, ne semble pas le favoriser;

5° Le nitrate de potasse à haute dose arrête presque toujours les progrès du rhumatisme, ou bien si de nouvelles articulations s'endolorissent, l'intensité des douleurs va graduellement en diminuant. Ce traitement, par sa rapidité, prévient les endocardites, rend la convalescence très courte et les rechutes moins fréquentes ;

6° Cette médication est suffisante, et conserve toute son efficacité lorsque le rhumatisme est compliqué d'une faible endocardite ;

7° Quand la circulation est gênée, et quand une autre phlegmasie s'ajoute à l'arthritis, les émissions sanguines ou les divers moyens appropriés à la nouvelle maladie doivent concourir au traitement. Le nitrate de potasse, à son tour, sera un adjuvant utile contre quelques arthritis aiguës rebelles à la saignée, et une acquisition précieuse pour la thérapeutique de certains cas de rhumatisme articulaire aigu qui ne comportent point l'usage des émissions sanguines.

ÉTUDES CLINIQUES *sur quelques points de l'histoire des fièvres typhoïdes.*

MM. les docteurs Lombard et Fauconnet, de Genève, viennent de publier des recherches pleines d'intérêt sur l'une des maladies dont on s'est le plus occupé depuis une vingtaine d'années. Les principaux points sur lesquels portent leurs travaux sont les suivants :

1° L'influence de l'âge, du sexe, des saisons sur le développement et la mortalité de la fièvre typhoïde ;

2° Le mode de transmission qu'affecte le plus ordinairement cette maladie ;

3° Les rapports qui existent entre l'éruption lenticulaire et la gravité ou la malignité de la fièvre typhoïde;

4° Les symptômes qui paraissent se rattacher à un état morbide de la moelle épinière, et qui peuvent être désignés sous le nom de spinaux ;

5° Le traitement de la fièvre typhoïde par le calomel ;

6° Les complications les plus ordinaires et le traitement approprié à ces divers symptômes;

7° Enfin, le traitement hygiénique que réclame la fièvre typhoïde.

Les recherches de M. Louis l'avaient conduit à considérer la fièvre typhoïde comme attaquant exclusivement les jeunes gens, aucun de ses malades n'ayant atteint l'âge de *quarante ans.* Des recherches ultérieures entreprises dans différents pays ont prouvé que cette maladie se montrait dans tout le cours de la vie, et que par conséquent l'assertion de ce médecin était inexacte.

MM. Lombard et Fauconnet tirent les conclusions suivantes de l'analyse de leurs nombreuses observations, relativement à l'influence de l'âge sur la production, et la mortalité de la fièvre typhoïde : *la fréquence de la fièvre typhoïde est en raison inverse de l'âge.—La mortalité de la fièvre typhoïde est en raison directe de l'âge.*

Les faits recueillis par ces médecins démontrent que la mortalité de la fièvre typhoïde est parfaitement égale dans les deux sexes, et qu'une température élevée est plus favorable au développement de cette maladie que le froid de l'hiver et du printemps.

Le mode de transmission de la fièvre typhoïde par voie de contagion est admis par MM. Lombard et Fauconnet. Ils citent un grand nombre de faits en faveur de leur opinion.

Chez tous leurs malades ces observateurs ont noté les taches rosées lenticulaires; ils ont également constaté que, dans la majorités des cas graves ou mortels, l'éruption a été abondante, tandis que ces taches ont été peu nombreuses dans la majorité des cas légers ou de gravité médiocre. En sorte qu'ils considèrent une abondante éruption de taches rosées, lenticulaires, comme étant un pronostic plus grave, et qu'ils pensent qu'il n'est pas exact de dire que l'on trouve indifféremment une éruption abondante dans les cas légers aussi bien que dans les cas graves, ainsi que plusieurs auteurs l'ont annoncé. Cette valeur pronostique de l'éruption lenticulaire ne s'applique qu'à la fièvre typhoïde des adultes. Il paraît que chez les enfants l'éruption typhoïde présente un caractère un peu différent. Il résulte en effet des observations publiées par MM. Rilliet et Barthez, que chez les enfants la proportion des cas graves et mortels est plus grande lorsque l'éruption est légère que lorsqu'elle est abondante.

MM. Lombard et Fauconnet ont eu l'occasion d'observer l'apparition des taches ty

phoïdes à diverses époques de la maladie, à son début, vers son milieu, pendant tout son cours, ou à sa fin.

MM. Bierbaum et Grossheim ont signalé la complication fréquente des douleurs spinales dans la fièvre nerveuse et le typhus abdominal. Les auteurs, dont nous analysons en ce moment le mémoire, signalent, pendant le cours de la fièvre typhoïde, l'apparition d'un certain nombre de symptômes, qui leur paraissent reconnaître pour cause un état morbide de la moelle épinière.

Ces phénomènes morbides consistent en des douleurs vives de la nuque, des muscles des régions postérieure et latérales du cou, des régions dorsale et lombaire du rachis, ou enfin en des engourdissements de la mâchoire, des bras ou des jambes. Du reste, MM. Lombard et Fauconnet n'ont point eu l'occasion de faire l'autopsie de malades atteints de pareils accidents ; il est donc permis d'élever des doutes sur la réalité d'altérations matérielles de la moelle, qu'ils supposent exister dans ces circonstances.

Le calomel a été employé pour combattre la fièvre typhoïde sous diverses formes et dans divers pays, depuis quelques années. C'est surtout d'après les faits publiés sur cette médication, en Allemagne et en Angleterre, que MM. Lombard et Fauconnet furent conduits à employer ce médicament dans les fièvres typhoïdes.

A l'hôpital, sur quatre-vingt-sept malades traités par ces médecins à l'aide du calomel, à la dose de 4 grains par jour, 10 ont succombé, ce qui donne pour proportion, 11 1/2 sur 100. Sur 44 malades de leur pratique particulière, soumis à la même médication, deux seulement ont succombé. En ajoutant ces chiffres aux précédents, on obtient pour résultat général 12 morts sur 131 malades, soit une mortalité de 9 sur 100. C'est donc avec confiance que MM. Lombard et Fauconnet conseillent l'emploi du calomel dans le traitement de la fièvre typhoïde. Du reste, ils n'ont pas borné leur tâche à signaler d'une manière générale les bons effets de cette méthode de traitement, ils en analysent l'influence sur la marche et les principaux symptômes de la maladie.

(*Gazette médicale.*)

BULLETIN DE PHARMACOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

FORMULE AVANTAGEUSE POUR EMPLOYER LA MAGNÉSIE COMME PURGATIF; *par M. Mialhe.*

La magnésie calcinée est rarement usitée en France comme purgatif; il n'en est pas de même dans les colonies, où, sous le titre de *médecine de magnésie*, on emploie très-fréquemment la préparation suivante :

♃ Magnésie calcinée,	8 grammes.
Sucre ou sirop simple, }	aã Q. S.
Et eau, }	

Pour une mixture. — Cette préparation, au dire d'un pharmacien de la Guadeloupe qui en a fait connaître la formule à M. Mialhe, purge abondamment, sans faire éprouver ni fatigue ni colique ; elle ne provoque que peu de selles, mais des selles copieuses, molles, et comme pultacées.

M. Mialhe pense que la présence du sucre n'est pas étrangère à l'action de ce laxatif ; qu'il se transforme dans l'estomac, en tout ou en partie, en acide lactique, lequel agit sur la magnésie de concert avec l'acide hydrochlorique contenu dans le suc gastrique, la rend soluble, et par conséquent active. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, toujours est-il que M. Mialhe s'est assuré lui-même de la parfaite efficacité de ce purgatif, pour lequel il propose la formule suivante :

♃ Magnésie calcinée,	8 grammes.
Sirop de sucre,	80 —
Eau de fleurs d'oranger,	20 —

Broyez exactement la magnésie avec un peu de sirop, et quand le mélange est parfaitement homogène, ajoutez le restant du sirop et l'eau de fleurs d'oranger.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'ORGANISATION MÉDICALE EN FRANCE, *sous le triple rapport de la pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement*, par M. le docteur Delasiauve; in-12 de 256 pages; *chez Fortin, Masson et Cie.*

L'ardeur révolutionnaire commence sinon à s'éteindre, au moins à se modérer. Les esprits les plus impatients d'améliorer une société dont les vices ne sont que trop manifestes, comprennent pour la plupart que les grandes commotions politiques ne sont point le seul moyen de préparer le bonheur public, le seul but qui doive préoccuper les cœurs

généreux ; et la tendance de notre époque est plutôt à édifier qu'à détruire. Nous citerons comme preuves les nombreux projets d'organisation sociale que l'on voit surgir de toutes parts ; mais tandis que les réformateurs les plus ambitieux s'adressent à la société tout entière, d'autres plus modestes, et peut-être plus utiles, ne travaillent à perfectionner qu'une fraction du corps social, celle dont ils ont pu le mieux étudier et les besoins et les défauts. M. Delasiauve vient se ranger parmi ces derniers; homme de cœur et d'intelligence, frappé des misères sans nombre qui pèsent sur notre profession, il les expose avec fermeté, mais sans emportement, sans ces déclamations qui font douter de la justice des meilleures causes. C'est une raison de plus pour que son livre mérite d'être lu par quiconque veut connaître l'organisation présente du corps médical en France. On y trouvera, sauf quelques erreurs de détail qu'il serait facile de faire disparaître, un tableau succinct mais fidèle de l'état actuel de la médecine, sous le double rapport de l'exercice et de l'enseignement. Aussi, comme cet ouvrage touche aux questions les plus importantes de notre profession, nous donnerons à son examen un peu plus de développement que ne le comportent ordinairement les limites de ce journal.

L'auteur ne s'est point contenté d'exposer les vices de l'organisation actuelle, et les réformes proposées ou déjà réalisées ; il a donné à son tour un nouveau plan de réforme; mais celle-là est tellement imprévue que nous craignons bien qu'elle n'aille rejoindre les projets de paix perpétuelle et autres conceptions très philanthropiques, très honorables pour ceux qui les ont formées, mais qui doivent attendre pour trouver place que les hommes soient devenus meilleurs. Dans le traitement des maladies sociales, comme dans tout autre, il faut observer avec soin la constitution des individus qu'on veut guérir, leur régime habituel, et se guider d'après ces connaissances non moins que d'après la nature de la maladie. Or, si nous croyons le livre de M Delasiauve utile pour son exposé pathologique des maux du corps médical, nous ne saurions également le recommander pour sa méthode thérapeutique; partisans des réformes possibles, nous aimons mieux voir faire quelque chose qu'attendre une perfection douteuse; et nous pensons que, toutes les fois que les gouvernants seront sollicités par ceux qui veulent tout ou rien, ils se décideront naturellement à ne rien faire du tout.

Voici le projet d'organisation que l'auteur veut substituer au mode existant, projet qui lui paraît propre à porter la médecine au plus haut degré de perfection (p. 249). Les officiers de santé sont supprimés ; il n'existe plus qu'une seule classe de médecins, dont le nombre est limité d'après les besoins des populations. Ces médecins sont forcés de résider dans des lieux fixés par l'autorité; comme ces postes doivent être plus ou moins avantageux, les médecins des petites localités pourront être à leur tour appelés à remplir les vacances importantes qui se présenteront. Par compensation pour cette résidence forcée, l'Etat accorde au médecin comme au curé et au maître d'école (p. 194), un logement convenable. Sans être somptueux, ce logement, simple et commode, revêt autant que possible le caractère de monument public ; en outre, on ajoutera à ce logement l'officine du pharmacien, qui serait soumis aux mêmes conditions que le médecin, une salle de consultations pour le dispensaire, et un petit hôpital toutes les fois que les localités en rendront l'établissement nécessaire. De plus, les médecins reçoivent un traitement fixe, variable d'après les localités et prélevé sur les contributions de chaque département. En retour de tant d'avantages, les médecins donneront leurs soins gratuitement aux riches comme aux pauvres. Il leur est seulement permis de recevoir des honoraires quand ils viendront à sortir de leur circonscription (p. 202). Un changement aussi radical dans la position des médecins doit nécessairement en appeler d'autres dans la direction des études médicales.

Personne ne peut être admis comme élève en médecine, que déjà muni des diplômes du double baccalauréat, et après un concours spécial analogue à celui qu'on subit pour entrer à l'école polytechnique. Une fois reçus comme aspirants en médecine, les élèves voient s'aplanir devant eux toutes les difficultés d'argent et d'études. En effet, l'état leur accorde gratuitement le droit d'études ; et ne tardera pas à leur accorder le logement et la nourriture (224). Le logement est l'hôpital; car l'hôpital est le vrai domaine de l'élève en médecine (226). Et pour transformer tout étudiant en interne, il suffit de caserner les élèves dans les hôpitaux (227). Et cette amélioration capitale, à quoi tient-elle ? à rien, pour ainsi dire, puisqu'il s'agit seulement, au prix de quelques millions de francs, d'augmenter un peu l'indemnité annuelle des médecins des hôpitaux, et de construire environ deux mille chambrettes (233). A l'hôpital les élèves sont divisés dans les cliniques des divers chefs de service. Le pharmacien leur fait des cours de botanique et de matière médicale. L'amphithéâtre leur est ouvert pour les dissections; et tout ce que l'imagination peut concevoir de plus parfait se trouve réuni pour former des praticiens complets. Ajoutons que la théorie ne leur manque pas non plus ; car les agrégés sont chargés de la surveillance et de la dir c-

tion d'un certain nombre d'élèves, et ils les préparent à concourir pour les nombreux prix qui leur sont proposés. Pour achever l'instruction scolastique, plusieurs nouveaux cours sont ajoutés à ceux qui existent à l'école; et parmi ces cours il en est un surtout d'éducation morale, dans lequel on préparera l'élève à vaincre toutes les difficultés sociales que la carrière de médecin doit lui présenter.

Tel est l'exposé succinct de ces nouvelles institutions; l'auteur, comme on voit, demande tout au gouvernement; et certes, après que celui-ci aurait accordé millions sur millions pour frais de premier établissement, il aurait bien le droit de s'enquérir des doctrines de ses employés en médecine. Qui empêcherait le parlement, en votant chaque année le budget des médecins, de ne l'accorder cette fois que sous condition d'hippocratisme, cette autre, sous condition d'homœopathie? et pourquoi, un beau jour, une majorité de coalition ne ferait-elle point triompher l'hydrothérapie, la médecine chimique ou le somnambulisme? A ceux qui payent appartient le bon plaisir. Pour prévenir probablement cette anarchie, M. Delasiauve crée auprès du gouvernement une espèce de comité-directeur formé des notabilités de la littérature, des hôpitaux et de l'Académie elle-même (244). Ce comité est chargé de composer une espèce de code en 100 volumes de 800 pages, d'un texte fin et serré, distribué gratis à 20 mille exemplaires (238). Méthode, précision et clarté, absence de redites, laconisme, tels sont les traits qui distingueraient cette encyclopédie médicale. Comme complément, chaque médecin recevrait toujours gratuitement, un journal universel publié par le même comité-directeur.

Terminons ici le roman et passons à la partie sérieuse. Parmi les questions nombreuses qui y sont traitées, nous allons choisir celles qui appellent la réforme la plus prompte.

La *suppression des officiers de santé* est une mesure généralement demandée, et pour laquelle M. Delasiauve a présenté les meilleures raisons. Elle peut s'effectuer lentement sans blesser les intérêts existants; car il suffit d'arrêter les réceptions tout en maintenant à ceux qui sont déjà nommés les droits acquis. Quant à la crainte de voir les campagnes abandonnées par les docteurs, qu'on se rassure; au milieu de l'encombrement général, la nécessité de vivre poussera des médecins à s'établir partout où il y aura quelque espoir d'un revenu suffisant.

De la limitation des médecins. L'auteur, partisan exclusif de cette limitation, fait un tableau énergique des tristes conséquences qu'amène parmi les médecins la concurrence illimitée; pour quelques-uns qui prospèrent loyalement, les autres vivent avec peine, sont en proie au besoin ou se livrent à de honteuses industries. Établissez la limitation, et l'aisance qui va en résulter donnera aux esprits plus de liberté pour la profession, éloignera de la jalousie et du penchant pour l'intrigue ou le charlatanisme (192). C'est vrai, sans doute; mais établissez la limitation, et vous entendrez les clameurs de tant de professions honorables qui souffrent également de la concurrence. Cette question se rattache intimement à la question générale qui est trop loin d'une solution pour que nous puissions espérer de la voir, dès à présent, résolue en faveur des médecins. Il faut donc nous contenter, dans l'intérêt de la santé publique et de l'honneur médical, de réclamer non des mesures prohibitives, mais des mesures réellement protectrices. Ces mesures, qui auraient pour but de ne faire admettre que des hommes capables et expérimentés, et de proscrire du corps médical ceux qui le déshonorent par une indigne exploitation de la crédulité, doivent porter sur l'enseignement et sur la pratique.

De l'enseignement. Nous ne croyons pas avec l'auteur, à la nécessité d'un examen spécial pour l'admission au titre d'élève; mais pourquoi ne pas exiger d'eux, dès leur première inscription, les diplômes du double baccalauréat? le temps légal est déjà trop court pour les études médicales, sans qu'on en laisse une partie s'absorber dans les études préparatoires.

La liberté absolue laissée aux élèves est, sans doute, déplorable, et il serait à désirer que l'État se montrât plus soigneux de l'éducation des jeunes gens qui lui sont confiés; mais où en est cette question dans un temps où retentit le cri de liberté d'enseignement? Encore une réforme éloignée. Pour nous, nous insisterions sur la direction et la force des études, car au moins le travail peut suppléer à l'absence de toute surveillance. Les examens tels qu'ils sont établis, et malgré les améliorations qui déjà y ont été introduites, sont insuffisants pour former les élèves. Comment les écoles peuvent-elles supporter qu'un jeune homme, après avoir appris quelques manuels par cœur, arrive de médiocre en médiocre au titre de docteur? Toute note médiocre devrait entraîner la nécessité d'un nouvel examen. M. Delasiauve compte beaucoup sur les prix multipliés; nous, nous préférerions des examens plus nombreux. Et le personnel des écoles est bien suffisant pour satisfaire à toutes ces exigences. Car nous nous joignons à l'auteur pour demander que l'institution des agrégés soit beaucoup plus utilisée qu'elle ne l'est actuellement. Vous avez là une réunion d'hommes instruits, formés à l'enseignement. A chacun d'eux devrait

être confiée la direction d'un nombre déterminé d'étudiants, qu'il soumettrait dans des conférences spéciales à toutes sortes d'interrogations et d'épreuves (255). Chaque année, ou deux fois par an, un jury spécial constaterait les progrès faits par les élèves, et ne les autoriserait à prendre de nouvelles inscriptions qu'autant qu'ils l'auraient mérité par leur travail.

Le nombre de 18 cours professés à l'école paraît tout à fait insuffisant à M. Delasiauve, qui propose comme indispensable l'établissement de cours d'histoire de la médecine, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies des enfants, des maladies mentales, de la médecine comparée, de la microscopie, etc., etc. Ces et-cætera sont fort nécessaires, car ils préviennent les réclamations de l'ophthalmologie, de l'orthopédie, de la lithotritie, de la médecine des vieillards; en un mot, toutes les spécialités pourraient avoir un cours particulier; et dans chacun de ces cours, si le professeur était bon, il y aurait certes beaucoup à gagner; car les sciences médicales sont infinies dans leurs détails et dans leurs ramifications. Mais le but d'une école est-ce d'enseigner en quatre ans tous ces détails, ou de former des hommes qui soient capables de féconder par l'observation ultérieure les notions acquises, et qui, d'après le principe hippocratique, soient en état de servir, et surtout de ne pas nuire? Multipliez les cours, et vous en verrez sortir plus de spécialistes, mais aussi beaucoup plus d'ignorants dans les principes généraux qui épurent la science médicale. Quelques-uns des cours dont vous parlez peuvent être fondés par une académie, être placés au collége de France; ils n'appartiennent point à l'École de médecine. Quelques autres ne feraient qu'établir une répétition plus étendue de ce qui doit être enseigné dans les cours déjà existants. Un cours de microscopie! Que dirait le professeur de physique? Des cours de maladies syphilitiques et cutanées, de maladies d'enfants, etc. Mais de quoi s'occupe-t-on dans les cours de pathologie? D'autres, à la première vue, paraissent plus utiles qu'ils ne le seraient réellement. On a beaucoup parlé d'un cours d'histoire de la médecine. Nous désirerions savoir combien d'élèves assistaient à ceux qui ont déjà été faits. L'utilité de l'histoire consiste beaucoup moins dans des dates multipliées, dans un grand luxe de bibliographie, que dans la connaissance des principales doctrines qui ont tour à tour dominé, que dans l'exposition des idées utiles que l'observation de tous les âges a consacrées; et la plupart de ces notions peuvent trouver place dans les cours de pathologie et de thérapeutique. Ce qui, selon nous, manque dans les écoles, ce n'est pas le nombre, c'est l'harmonie entre les cours professés. Loin de tendre encore à les diviser, mieux vaudrait tendre à les coordonner; sans exiger une unité impossible dans les opinions de chaque professeur, on disposerait au moins toutes les matières de telle sorte qu'elles pussent être embrassées par les élèves pendant le cours d'études.

L'organisation actuelle modifiée par quelques dispositions réglementaires, et surtout aidée de la bonne volonté des professeurs, peut donc, avec le concours des agrégés, suffire aux études théoriques. Il n'en est point de même des études pratiques; celles-ci sont tout à fait insuffisantes, mais l'organisation en est beaucoup plus difficile; car elle exige l'alliance des hôpitaux et des écoles; et l'administration des hôpitaux, ayant pour mission de défendre les intérêts des pauvres, ne doit accepter cette alliance qu'autant qu'elle peut être profitable à ceux-ci. Elle repousserait donc, et avec raison selon nous, le casernement des élèves, les dissections et les cours dans les hôpitaux. Car ceux-ci, avant tout, doivent être des asiles où règne la tranquillité, et où le spectacle trop souvent répété de la mort soit dissimulé le plus possible aux pauvres malades. Nous ne parlons que de ces inconvénients, et nos lecteurs comprendront facilement qu'il y en aurait encore bien d'autres dans le projet de l'auteur. Mais nous sommes loin de le repousser dans toutes ses parties. La distribution de tous les élèves, sous les différents chefs de service, comme aides chargés de recueillir les observations, de pratiquer les pansements, de veiller les malades gravement atteints, serait utile à la et fois aux malades des hôpitaux et aux élèves; aux malades qui seraient entourés de plus de soins le jour et la nuit; aux élèves qui, chaque jour, seraient obligés de rendre compte de leurs observations, et de porter un diagnostic et une indication de traitement; ajoutons, avec M. Delasiauve, aux médecins eux-mêmes qui trouveraient dans la nécessité de cet enseignement clinique un nouvel encouragement pour leur zèle et leur exactitude. Mais, bien loin de demander la suppression des internes, nous voudrions que ceux-ci contribuassent à diriger en l'absence du médecin les études de leurs camarades moins avancés. La perspective de cette place serait un but offert à la bonne conduite et au travail des élèves de chaque service.

Les hôpitaux, puisqu'il en est question, n'ont pas été oubliés par M. Delasiauve; tout en rendant justice aux améliorations acquises, il a émis de justes réflexions sur le régime, sur le peu de temps qu'on est forcé parfois d'accorder à la convalescence, et sur l'inconvénient grave qu'il y a de refuser l'entrée des hôpitaux à certaines affections réputées légères, et particulièrement aux ul-

cères des membres inférieurs. Mais comment lui, homme éclairé et consciencieux, a-t-il pu écrire que les malades atteints d'affections chroniques sont l'objet d'une répulsion bien inhumaine, qu'on les condamne impitoyablement à mourir chez eux, et qu'on les traque de salle en salle, etc. (p. 85). Ce sont là de ces déclamations qui généralisent quelques faits isolés, dont l'authenticité même n'a pas été constatée. Nous répondrons par un seul fait: que l'auteur se donne la peine de compter les phthisiques dans la première salle venue, si ce n'est une clinique; il les verra former, le plus souvent, le cinquième des malades et quelquefois davantage.

Le chapitre sur l'absence d'hôpitaux dans les campagnes (p. 76) nous a paru un des meilleurs de l'ouvrage; l'auteur y a présenté avec une vérité saisissante le dénûment dans lequel se trouvent les pauvres malades des campagnes; ce chapitre devra être médité par tous ceux qui s'occupent de l'établissement des médecins cantonaux; cette création serait infructueuse si elle ne pouvait procurer aux indigents de la campagne d'autre secours que quelques rares visites.

A l'enseignement se lie la question des concours; l'auteur, après en avoir énuméré les inconvénients, finit cependant par reconnaître que c'est, en définitive, le meilleur mode d'écarter les médiocrités intrigantes, d'établir parmi les travailleurs une louable émulation, et que si l'élu n'est peut-être pas toujours le plus digne, c'est toujours un homme capable. Loin d'adopter toutes les réformes qu'on a proposé d'y introduire, il les repousse pour la plupart, et n'en admet guères que deux principales. Son choix a-t-il été heureux? c'est ce que nous allons examiner. Et d'abord, nous nous étonnons de voir l'auteur traiter d'absurde et d'injurieuse une mesure qui vient d'être introduite dans tous les concours, celle des épreuves éliminatoires (p. 177). Cette mesure sollicitée depuis longtemps même par le plus grand nombre des concurrents, offre des avantages dont il faut sérieusement tenir compte.

Elle fait perdre beaucoup moins de temps aux compétiteurs et aux juges; elle rend le personnel du jury plus stable; et surtout en rapprochant les épreuves, elle permet moins aux juges d'oublier les impressions qu'ils sont reçues, et laisse moins de temps à l'intrigue. Elle doit donc avoir pour résultat de faciliter la justice de l'élection. Pourquoi d'ailleurs l'élimination serait-elle plus injurieuse pour les compétiteurs que la non-élection, qui, certes, est un malheur, mais n'est jamais un outrage? Depuis plusieurs années, on suit le même mode dans les concours des agrégés de l'Université, et les concurrents éliminés une fois, ne s'en présentent pas moins avec avantage aux concours suivants.

Les deux réformes que préfère l'auteur porteraient 1° sur l'obligation pour le jury de rendre compte des motifs de son choix (p. 179); 2° sur la communication des leçons sténographiées des concurrents à leurs compétiteurs et sur une appréciation par ceux-ci des leçons qui leur seraient communiquées (p. 181).

Que le jury rende compte des motifs de son choix à l'administration qui l'a constitué, nous n'y voyons aucun inconvénient si le compte rendu reste secret; mais la publicité n'aura d'autre résultat que d'exalter celui qui est nommé beaucoup au-dessus de ses compétiteurs moins heureux? et qu'y gagneront ceux-ci? Le triste avantage de critiquer un éloge pénible pour eux.

Quant au droit donné aux compétiteurs, d'influencer le jury par une appréciation motivée des travaux de leurs concurrents, nous le repoussons, parce que nous n'y voyons que désavantage. Comme les juges, les concurrents ont leurs passions; ils se divisent aussi en coteries qui soutiennent leurs partisans et rabaissent les autres. Ne peuvent-ils, en certain nombre, s'entendre pour repousser les travailleurs isolés qui n'arrivent point soutenus d'une réputation de conférences? Cette mesure tend de plus à faire surgir des haines personnelles et surtout à faire douter de la bonne foi des jurys; or, si nous sommes loin de croire tous ceux-ci parfaits, si nous appelons de tous nos vœux un réglement qui prépare, autant que possible, la liberté et la justice des votes, nous demandons également que les jurys soient respectés, aussi bien qu'indépendants de toute influence étrangère.

De la pratique. Nous n'entreprendrons point le triste tableau des bassesses, des rivalités, des ignominieux scandales qui enveloppent l'exercice de la médecine; tout cela n'est que trop passé à l'état de lieu commun, et ne date point d'hier. Galien l'a présenté sous les plus sombres couleurs; les médecins du XVIIe et du XVIIIe siècle en ont également gémi, et nous le retrouvons encore de nos jours, agrandi et orné de tous les faux brillants que lui prête la réclame. Nous aimons mieux reporter nos regards sur les médecins qui honorent leur profession, qui croient au dévouement, à l'abnégation et à la bonne confraternité; quel que soit le nombre de ceux-là, et peut-être est-il plus considérable qu'on ne le croit généralement, c'est en eux que nous avons confiance, c'est à eux seuls que nous nous adressons; pour les autres, nous nous contentons de demander l'exécution des lois existantes.

Nous attachons donc beaucoup plus d'importance aux réformes qui doivent porter sur l'enseignement, qu'à celles qui touchent à la

pratique. Plus on s'attachera à ne donner accès dans la carrière médicale qu'à des hommes épurés par le travail et la méditation, moins on aura, nous n'en doutons pas, de ces médecins pour qui tout moyen est bon, parce qu'ils doutent de la médecine qu'ils ne connaissent pas, et qu'ils ne sauraient trouver aucun dédommagement scientifique, dans les débuts toujours si pénibles de notre profession. Ce serait une curieuse statistique que celle des notes obtenues dans leurs études médicales, par les médecins qui se livrent au trafic du charlatanisme. Peut-être trouverait-on là, pour la plupart d'entre eux, l'origine de cette honteuse spéculation. Ne pouvant prétendre à la considération parmi leurs confrères, ils aiment mieux rompre avec eux, et recourir à ce qu'on appelle à tort l'industrie, et qui n'est qu'une variété de l'escroquerie.

Cependant, en présence des désordres actuels, faut-il se croiser les bras, et attendre la réforme radicale hors de laquelle M. Delasiauve ne voit point de salut? Nous ne le pensons pas. Persuadés que l'isolement où chacun vit, est une des causes les plus puissantes de démoralisation, nous désirons voir le plus promptement possible s'établir des conseils où chacun puisse apporter le tribut de ses réflexions sur l'organisation médicale, où chacun puisse venir demander des avis, et un appui dans les difficultés qu'il peut rencontrer en sa clientèle; enfin, d'où le blâme puisse descendre sur ceux qui s'écartent de la ligne de l'honneur, sans mériter les poursuites des tribunaux. Dire les noms de ces conseils, nous n'osons; car s'ils s'appelaient de discipline, nous aurions à subir une vigoureuse philippique de l'auteur avec lequel nous sympathisons sur beaucoup de points.

En effet, dans le livre que nous analysons les conseils de discipline sont attaqués sous le double rapport de leur impuissance et de leur danger (p. 142). Ces deux inconvénients semblent toutefois s'exclure; et si ces conseils ne peuvent rien produire, nous ne voyons pas trop comment ils pourraient empirer l'état présent. L'auteur parle bien de la tendance qu'ont les corps organisés à se transformer en coteries; mais il ne s'agit point ici d'un corps organisé, comme son comité central dont il attendrait pourtant les plus beaux résultats; les conseils, quelque nom qu'on leur donne, nommés non par l'autorité, mais par les médecins de chaque arrondissement qui se connaissent et peuvent s'observer; soumis, si l'on veut, à un conseil supérieur, où ils enverraient chacun un délégué, et renouvelés chaque année, ne pourraient dégénérer en corps tyranniques.

Quant à leur impuissance, nous reconnaissons volontiers qu'ils n'arriveront point à une régénération complète, que le charlatanisme pourra en se déguisant mieux leur échapper. Mais ce déguisement forcé est déjà quelque chose. Ajoutons de plus, ce que l'auteur n'a point dit: un avis, donné dans le secret à un confrère qui s'égare, peut, sans blesser profondément son amour-propre, le ramener dans la bonne route; un blâme public motivé peut troubler dans son superbe égoïsme un de ces hommes qui parviennent à en imposer à l'autorité elle-même. Enfin, l'espèce d'interdit qui, dans les cas les plus graves, pourrait être prononcé, et qui consisterait à isoler le coupable et à l'exclure de la société médicale, pourrait répandre une terreur salutaire dans l'âme de ceux qu'enhardissent maintenant l'impunité et le profit. Nous n'avons point besoin de dire, qu'il serait facile d'entourer ces mesures disciplinaires de toutes les formes protectrices. La société de prévoyance de Paris, dans des cas semblables, en a adopté qui pourraient servir de modèles. Du reste, l'espace ne nous permet pas d'insister plus longtemps sur cette question. Nous y reviendrons avec les développements nécessaires dans le moment où sera présenté aux chambres un projet de loi sur l'organisation médicale.

ACADÉMIES.

Académie de médecine.

Séance du 31 Octobre.

M. A. Berard fait un rapport intéressant sur quelques observations envoyées par M. Lépine, médecin de l'hôpital de Châlons-sur-Marne. Parmi ces observations, se trouvait la suivante: un homme reçoit un coup sur le front et la tempe droite; son intelligence se trouble, il survient de la paralysie dans le membre thoracique droit, bientôt la paralysie s'étend à tout ce côté. Au bout de deux mois, l'individu ayant succombé, on trouva un vaste abcès à la région supérieure de l'hémisphère droit; la lésion se trouvait donc dans ce cas être du même côté que la paralysie, ce qui est un fait insolite, quoique la science en possède quelques exemples bien avérés.

M. Castel fait observer que, dans le cas dont il s'agit, la lésion siégeait dans les couches superficielles du cerveau, et par conséquent loin des parties où a lieu l'entrecroisement des nerfs, cause de la paralysie croisée.

M. Rochoux insiste sur les faits suivants:

dans l'apoplexie du cerveau, proprement dit, il n'existe pas un seul fait de paralysie directe. Dans l'apoplexie du cervelet, on voit la paralysie directe ou croisée. Mais quand il s'agit d'affections chroniques, ramollissements, tubercules, cancer, il est moins rare de rencontrer la paralysie directe, même dans le cerveau proprement dit.

M. Sandras présente des recherches sur l'histoire des tubercules; en voici les points principaux :

1° Les globules purulents peuvent être souvent constatés, au moyen du microscope, dans les crachats des phthisiques ; mais il a rencontré assez souvent ces mêmes globules dans des crachats de bronchite aiguë ou chronique.

2° L'auteur admet trois sortes de guérison des tubercules pulmonaires. Premièrement, formation d'une cicatrice froncée anfractueuse, fibro-celluleuse au sommet du poumon. Les tuyaux bronchiques s'y terminent brusquement en cul-de-sac. Secondement, la caverne se tapisse d'une fausse membrane résistante ; les tuyaux bronchiques viennent s'ouvrir dans cette cavité.

Troisièmement, les tubercules passent à l'état de plâtre. Ils sont renfermés dans un kyste qui les isole ; le tissu pulmonaire environnant est sain ou noirâtre. C'est surtout chez les vieillards qu'on observe cette forme de guérison.

3° Sous le rapport du pronostic, l'auteur pense qu'on doit bien augurer d'un sujet en qui l'on ne trouve de signes de fonte tuberculeuse que vers une des fosses sus-épineuses. On doit craindre les morts subites par asphyxie chez les sujets dont les poumons contiennent une grande quantité de tubercules miliaires.

4° M. Sandras ne croit pas qu'on ait encore trouvé un remède anti-tuberculeux. Mais il expose les avantages des trois moyens qui lui ont paru le plus utiles : les petites saignées répétées contre les hémoptysies, à toutes les périodes de la phthisie ; l'emploi continué de 5, 10, 20 centigrammes de tartre stibié dans un julep diacodé, contre les irritations pulmonaires et bronchiques sans diarrhée ; enfin, un régime aussi fortifiant que possible.

Séance du 14 Novembre.

M. Londe fait un rapport sur un travail de M. Aubert, intitulé : *de la Réforme des quarantaines de la peste*. Les faits principaux avancés par l'auteur, et qui résultent de ses recherches personnelles en Orient, et d'une enquête faite par ordre de M. le ministre du commerce, sont les suivants : 1° de l'année 1717 à 1841, 64 bâtiments seulement, revenant d'Orient en Europe, ont été attaqués de la peste ; 2° les attaques ont eu lieu, ou seulement pendant la route ou après l'arrivée dans un port d'Europe ; 3° jamais bâtiment arrivé sans attaque pendant la traversée, n'en a eu après l'arrivée ; 4° jamais il n'y a eu d'attaque sur les gardes et les porte-faix commis aux marchandises ; 5° Sur les 64 bâtiments attaqués par la peste, 26 seulement ont continué de l'avoir après leur arrivée en quarantaine, et dans les 38 autres, la peste s'est bornée aux cas qui ont eu lieu en mer.

M. Aubert se met en dehors des questions scientifiques sur la contagion et la non-contagion que Chervin avait poursuivies avec tant de courage et de désintéressement.

Que la peste soit contagieuse ou non contagieuse, les faits invoqués par M. Aubert n'en conservent pas moins toute leur valeur. Ces faits, du reste, paraissent incontestables.

L'Académie, sur la proposition de M. Rochoux, vote l'envoi du rapport au ministre.

Académie des sciences.

Séance du 30 Octobre.

Le docteur Gunsbourg, de Breslau (Prusse), communique à l'Académie une observation fort analogue à celle que M. Serres a publiée cette année, sous le titre de *Dégénérescence ganglionnaire des nerfs de la moelle épinière.*

Un homme âgé de 36 ans offre, lors de son entrée à l'hôpital, au mois d'août, les signes d'une affection rhumatismale. Après une amélioration momentanée, survient une paraplégie avec incontinence des selles et d'urine. Une escarre se forme à la région sacrée : et la mort survient le 25 septembre. Le canal rachidien ayant été ouvert, la moelle épinière et les membranes n'offrirent aucune lésion. Mais les 3[e] et 4[e] paires sacrées présentèrent l'anomalie suivante :

Les deux nerfs du côté gauche aboutissaient, après un détour d'environ 12 centimètres, dans une tumeur blanchâtre, pyriforme longue de 2,5 centimètres, large de 1 centimètre. Cette tumeur était enveloppée d'une gaîne fibreuse, au-dessous de laquelle on voyait des filets d'une membrane très fine. Enfin, on arrivait à une masse représentant assez bien le 3[e] ganglion cervical.

Ces nerfs, examinés au microscope, n'avaient, jusqu'à la tumeur, rien d'insolite ; il n'en était plus de même dès leur entrée dans la tumeur. Entre les fibres primitives il se plaçait une grande quantité de petites cellules, transparentes, aplaties, contenant un noyau rouge-jaunâtre. Ces cellules offraient presque tous les caractères des cellules ganglionnaires.

Les mêmes nerfs du côté droit arrivaient à une tumeur plus petite, de même nature que la précédente : avant d'y entrer ils offraient de petits renflements circulaires,

et présentaient au microscope la même disposition.

Séance du 13 Novembre.

On connaît les funestes effets de l'intoxication saturnine chez les ouvriers employés à la fabrication de la céruse, et même chez tous ceux qui manient cette substance délétère. Chaque année, plusieurs centaines d'hommes vigoureux sont frappés de coliques atroces, de paralysie, d'épilepsie; plusieurs succombent avec une rapidité effrayante. Aucun des moyens tentés jusqu'à présent pour prévenir ou amoindrir ces accidents terribles n'a été sanctionné par l'expérience. M. de Ruolz pense avoir trouvé le moyen de les faire disparaître complétement; c'est de substituer à la céruse une substance qui n'ait aucune action nuisible, et qui puisse donner dans les arts les mêmes résultats. Après de nombreux essais, il s'est arrêté à deux combinaisons d'un beau blanc, qui réunissent les conditions d'emploi utile, d'économie et de salubrité.

Mais la première, quoique produit inoffensif, pourrait, à l'aide de procédés chimiques fort simples, reprendre entre des mains criminelles ses propriétés vénéneuses. L'autre, au contraire, ne présente aucun inconvénient, c'est l'*oxide d'antimoine*. Il peut s'obtenir directement du sulfure d'antimoine natif fort abondant en France. Son prix est moins du tiers de celui de la céruse de moyenne qualité. Il peut être immédiatement broyé avec l'huile sans autre manipulation.

Séance du 27 novembre.

M. le docteur Piédagnel, médecin de l'hôpital St-Antoine, propose d'appliquer en grand, pour la fabrication du bouillon dans les hôpitaux, un moyen déjà connu, mais peu usité : il consiste à hacher très mince du bœuf cru, avant de le mettre dans l'eau.

Une livre de viande du prix de 50 centimes, ainsi hachée, 10 centimes de légumes, 5 litres d'eau, après avoir bouilli pendant 5 heures, au moyen de 20 centimes de charbon, donnent 4 litres d'un bon bouillon, qui ne revient qu'à 20 centimes le litre. Le bouillon de la compagnie hollandaise, d'une qualité inférieure, et qui s'aigrit facilement, revient à 28 centimes.

La viande que l'on obtient par ce procédé ne peut servir à rien; elle ne contient plus que de la fibre musculaire sans aucune saveur. Peut-être en la mélangeant avec d'autre viande hachée en tirerait-on parti ?

Si, en opérant sur une livre de viande hachée, on fait bouillir pendant deux heures, et qu'on ajoute une livre de viande non divisée, au bout de cinq heures on a du bouillon délicieux et une livre de viande cuite, qui ne laisse rien à désirer.

A propos de cette lettre, M. Thénard fait remarquer qu'on n'aura jamais de bon bouillon, si l'on n'a soin de cuire à petit feu, sans pousser jusqu'à l'ébullition.

VARIÉTÉS.

La liberté de discussion scientifique vient de recevoir une consécration solennelle par l'acquittement de M. Malgaigne. Le 28 du mois dernier, après plusieurs audiences brillantes et orageuses, M. Jules Guérin a été condamné à payer les frais du procès qu'il avait si imprudemment intenté au rédacteur en chef du Journal de Chirurgie. M. Malgaigne a voulu plaider lui-même sa cause, malgré l'appui que lui prêtait le talent bien connu de Me Bethmont, et il s'en est acquitté avec un succès qui a fait sensation, même au barreau. Les Médecins les plus distingués de la capitale et une masse d'élèves se pressent dans l'enceinte trop étroite du tribunal de police correctionnelle; c'est donc à la face du public médical que se sont agités les débats de cette mémorable affaire, et que les juges ont sanctionné de leur grave autorité tous les droits de la presse scientifique. C'est maintenant une chose définitivement acquise à la critique, qu'elle puisse s'exercer librement, mais convenablement, tant sur les faits que sur les doctrines. Que deviendrait, en effet, notre science, si on la laissait encombrer et même dénaturer par des observations de guérison dont la supposition peut aller jusqu'au scandale.

—Un concours pour l'agrégation (section de médecine) aura lieu dans les premiers jours de janvier 1844. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 9 de ce mois. D'après l'ordonnance rendue sous le ministère de M. Cousin, les agrégés nommés à ce concours ne seront pas astreints à faire trois années de stage, et ils entreront immédiatement en exercice. La durée de leurs fonctions sera par conséquent de neuf ans au lieu de six. C'est aussi dans ce concours qu'on exécutera pour la première fois cette autre ordonnance qui prescrit des épreuves éliminatoires. Cette mesure a été rendue nécessaire par le nombre toujours croissant des candidats.

STATISTIQUE MÉDICALE.

Tableau comparatif de la mortalité par suite de maladies diverses considérées chez les deux sexes, en Angleterre, années 1838 *et* 1839. — *Communication de M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.*

CAUSES DE MORT	NOMBRE DES DÉCÈS			
	EN 1838.		EN 1839.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
Cancer	620	1,828	660	2,031
Coqueluche	4,036	5,071	3,683	4,482
Phthisie	27,933	31,090	28,106	31,433
Mort violente	8,339	3,368	8,325	3,307
Hydrocéphale	4,242	3,430	4,313	3,436
Diabètès	132	33	151	63
Convulsions	14,349	11,498	14,243	11,163
Delirium tremens	167	13	184	22
Tétanos	100	29	102	20
Bronchite	1,193	874	916	747
Pleurésie	329	233	342	246
Pneumonie	9,887	8,112	10,000	8,151
Asthme (1)	3,339	2,386	3,092	2,091
Péricardite	74	30	83	52
Anévrysme	88	31	69	53
Hernie	318	189	299	175
Fistule	82	18	81	22
Calculs vésicaux	282	38	274	23
Cystite	103	23	118	20
Néphrite	113	44	99	32
Goutte	161	46	170	45
Hydropisie	3,170	7,172	5,268	6,983
Intempérance	123	36	178	40
Misère, froid, etc	126	41	83	43
Femmes en couches	»	2,811	»	2,913

(1) Il est de toute probabilité que le mot d'asthme a en Angleterre une signification médicale bien différente de celle qu'il a aujourd'hui en France.

Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1841 et 1842 dans le département de la Dordogne, par le docteur H. Parrot, médecin des prisons de Périgueux, chevalier de la Légion-d'Honneur; prix, 5 fr.; Paris, librairie de *Paul Dupont*, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

Traité de la goutte et des maladies goutteuses, par S. A. Turck, docteur en médecine de la Faculté de Strasbourg, membre de la Société d'émulation des Vosges, ancien professeur de chimie industrielle; chez *Béchet jeune*, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4; et chez *Paul Dupont*, libraire, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

Le journal de *Médecine* paraît le 5 de chaque mois, par livraison de 32 pages grand in-8°, Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Chirurgie*. — On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55. — Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction doivent être adressés, francs de port, à M. Beau, rédacteur en chef, rue Mazarine, n° 32.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.,
Rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

(1re ANNÉE, 1843.)

A

B

M

N

O

P

FIN DE LA TABLE ET DU PREMIER VOLUME.

